INDICE

PREMESSA **Pag. 3**

INRODUZIONE **Pag. 7**

Cap. I LE COMPETENZE IN MATERIA DI SALUTE **Pag. 9**

1.1 Il Piano Sanitario Regionale

1.2 Competenze Regionali

1.3 L'Unità Sanitaria Locale

1.4 Le Aziende Sanitarie

1.5 L'Azienda USL Nord Ovest

1.6 I Dipartimenti

1.7 Il Dipartimento delle Professioni Infermieristiche ed Ostetriche

Cap. II L'OSPEDALE PER INTENSITA' DI CURA **Pag. 14**

Cap. III LA SICUREZZA DEI PAZIENTI ED IL RISCHIO CLINICO **Pag. 16**

Cap. IV L'ACCREDITAMENTO REGIONALE **Pag. 18**

4.1 L'accreditamento istituzionale

4.2 Le Raccomandazioni della Regione Toscana

Cap. V IL RUOLO DEL DIRIGENTE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE **Pag. 21**

5.1 Le competenze del Dirigente

5.2 La *leadership*

5.3 Il Dirigente e le caratteristiche di *leade*r

5.4 Gli stili di *leadership* che il Dirigente può interpretare

5.5 Il Dirigente ed i collaboratori

Cap. VI GLI STRUMENTI OPERATIVI DEL DIRIGENTE INFERMIERISTICO **Pag. 27**

6.1 La Pianificazione

6.2 Gestire per Processi

6.3 Il metodo PDCA

6.4 L'utilizzo del Problem Solving
6.5 Potenziare il lavoro in Team
6.6 Progettare
6.7 Coordinare
6.8 Formalizzare

Cap. VII LE RESPONSABILITA' **Pag. 31**

Cap. VIII LA FORMAZIONE DEL PERSONALE **Pag. 32**

Cap. IX I MODELLI ORGANIZZATIVI **Pag. 34**
9.1 Il Contesto Internazionale
9.2 I modelli assistenziali innovativi
9.3 Il contesto Italiano
9.4 I modelli che fanno parte della letteratura infermieristica
9.5 Il modello funzionale o per compiti
9.6 Modello per piccola èquipe
9.7 Modello Francese e modello Inglese
9.8 Primary Nursing
9.9 Modello Case Management
9.10 Assistenza modulare o per settori
9.11 Assistenza per cellule

Cap. X Il LEAN E LA LEAN PRODUCTION **Pag. 45**
10.1 Definizione
10.2 Principi del Pensiero Snello
10.3 I muda: gli sprechi
10.4 Perchè applicare la lean in Sanità
10.5 Gli strumenti di analisi Lean
10.6 La produzione lean
10.7 Applicare il Kaizen
10.8 L'utilizzo della Value Stream Map
10.9 La raffigurazione del processo: gli spaghetti Chart
10.10 I visual panels
10.11 L'applicazione della regola delle 5 S

Cap. XI PRESENTAZIONE DI UN PROJECT WORK: Pag. 53
"La riorganizzazione dei settori di degenza in Area Medica in occasione del trasferimento degli stessi al II^ padiglione del Presidio Ospedaliero di Livorno"

Cap. XII CONCLUSIONI Pag. 74

BIBLIOGRAFIA Pag. 76

INTRODUZIONE

Il Servizio sanitario nazionale (Ssn) è un sistema di strutture e servizi che hanno lo scopo di garantire a tutti i cittadini, in condizioni di uguaglianza, l'accesso universale all'erogazione equa delle prestazioni sanitarie, in attuazione dell'art.32 della Costituzione, che recita:

"La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana".

Il Sistema Sanitario è una «macchina organizzativa» che produce e consuma prestazioni sanitarie per creare salute. Chiede risorse e genera redditi. È un'organizzazione sociale molto complessa. Il Ministro della Salute On. Beatrice Lorenzin ha presentato alle Commissioni Affari Sociali della Camera dei Deputati e Igiene e Sanità del Senato le linee programmatiche del Ministero della Salute. di seguito il testo esposto dal Ministro: " Il Servizio sanitario nazionale, ispirato ai principi di universalità, uguaglianza e globalità, è ancora oggi considerato dalla Organizzazione Mondiale della Sanità, uno dei primi in Europa, se non al mondo, sulla base di tre indicatori fondamentali: il miglioramento dello stato complessivo della salute della popolazione, la risposta alle aspettative di salute e di assistenza sanitaria dei cittadini, l'assicurazione delle cure sanitarie a tutta la popolazione.

Oggi il S.S.N. si confronta con altre grandi sfide assistenziali, quali i problemi di assistenza socio sanitaria connessi alla non autosufficienza, l'elevata presenza di anziani e grandi anziani, le disponibilità di terapie/diagnosi ad alto costo. L'impegno comune deve essere quello di riformare il sistema, affinché sia in grado di mantenere i risultati che ci vengono riconosciuti.

Non vi è dubbio che il principio di universalità, inteso come il diritto a un accesso generalizzato ai servizi sanitari da parte di tutti i cittadini, senza distinzione, ha subito nel tempo dei correttivi. Si è di fatto passati da un concetto di universalità "forte" e incondizionata, rispondente al modello del "tutto a tutti", a un concetto di universalità "mitigata", finalizzata a garantire prestazioni necessarie e appropriate a chi ne abbia effettivamente bisogno.

Di fronte a questa premessa che ci ricorda il valore che la nostra nazione sancisce in materia di salute, si introduce la figura del Dirigente delle Professioni Infermieristiche ed

ostetriche, professionista che in questi ultimi anni ha conquistato sempre più importanza soprattutto nei confronti dell'assetto organizzativo delle aziende sanitarie che ne riconoscono sempre di più i valori e le competenze

Cap. I LE COMPETENZE IN MATERIA DI SALUTE

1.1 Il Piano Sanitario Regionale

Le Regioni hanno assunto, nel corso di quest'ultimi anni, un ruolo sempre più diretto e responsabile in materia sanitaria; oltre a svolgere un'attività a carattere programmatorio e normativo, esse hanno anche un coinvolgimento diretto sulla gestione e sul finanziamento dei servizi sanitari. Questi sono, pertanto, ristrutturati in aziende delineate come enti strumentali della Regione, che a questa devono rispondere. Le finalità che ciascuna Regione deve raggiungere in materia sanitaria sono incluse nei Piani sanitari regionali, attraverso i quali vengono individuati gli aspetti strategici degli interventi da porre in essere per la tutela della salute, nonché per il migliore funzionamento dei servizi.

Il Piano sanitario regionale deve essere predisposto, tenendo conto degli obiettivi individuati dal Piano sanitario nazionale; proprio al fine di assicurarne il coordinamento, le Regioni inviano i progetti di piano al ministro della Salute, onde acquisirne il parere.

Il Piano sanitario regionale, il cui contenuto deve uniformarsi alle indicazioni del Piano sanitario nazionale, ha la finalità di definire, per l'ambito di azione regionale, gli obiettivi da realizzare in un arco di tempo triennale (coincidente con il triennio del Piano sanitario nazionale), nonché le conseguenti linee di azione da perseguire; ciò individuando sempre l'esatto equilibrio tra compiti regolativi e compiti promozionali.

Nel Piano sanitario regionale, se da un lato il percorso formativo delle decisioni strategiche è estremamente rigido, dall'altro i contenuti e le modalità attuative, affidate interamente alle leggi regionali, risultano essere molto flessibili. Naturalmente, il Piano sanitario regionale deve tener conto di diversi fattori, quali ad esempio l'analisi del fabbisogno finanziario, il monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza, le prestazioni e gli interventi prioritari, il monitoraggio della spesa sanitaria.

1.2 Le competenze regionali

Spettano alle Regioni, nel rispetto dei principi stabiliti dalle Leggi nazionali, le funzioni legislative ed amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera.

- Organizzazione dei servizi ed attività sanitarie
- Criteri di finanziamento
- Attività di indirizzo tecnico
- Valutazione della qualità delle prestazioni
- Redazione del P.S.R.
- Articolazione del territorio regionale

- Finanziamento delle Aziende sanitarie
- Vigilanza, controllo e valutazione delle Aziende
- Nomina dei Direttori Generali

1.3 L'Unità Sanitaria Locale

Le USL sono Aziende con personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale. Devono assicurare i livelli essenziali di assistenza, hanno l'obbligo di pareggio di bilancio, interagiscono con le Aziende Ospedaliere e con le Aziende Ospedaliere Universitarie, sono finanziate a quota capitaria.

1.4 L'autonomia delle Aziende Sanitarie: è di tipo:

- Organizzativa: il Direttore Generale può scegliere la struttura organizzativa più idonea alla gestione delle attività
- Tecnica: l'azienda definisce i processi e le modalità di impiego dei fattori produttivi
- Patrimoniale: il DG può disporre dei beni che costituiscono il patrimonio aziendale
- Gestionale: il DG fissa gli obiettivi della gestione, programma le attività, distribuisce le risorse, verifica i risultati
- Contabile: ogni azienda ha un proprio bilancio

1.5 L'Azienda USL Nord Ovest si è costituita il 2 gennaio del 2017, dalla fusione dell' Asl 1 di Massa e Carrara, 2 di Lucca, 5 di Pisa, 6 di Livorno, 12 della Versilia, guidata nelle funzioni da un Direttore Generale . L' "Unità Sanitaria Locale Toscana Nord Ovest", ha sede in Pisa, in Via Cocchi 7/9, ed è costituita con personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale.

L'Azienda, in applicazione di quanto previsto dall'articolo 1, comma 2, e dall'articolo 4 del D. Lgs n.165/2001 e successive modifiche ed integrazioni, attua al proprio interno, nell'esercizio dell'autonomia di cui all'articolo 3, comma 2, del Decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive integrazioni, la separazione tra l'esercizio delle funzioni di indirizzo, programmazione e controllo, affidate alla Direzione Generale, e delle funzioni di attuazione e gestione, affidate alla Dirigenza secondo quanto stabilito dalla vigente normativa.

In tale contesto, la Direzione Generale, coadiuvata dai Direttori Sanitario, Amministrativo e dei Servizi Sociali, assume le funzioni di 'organo di vertice', mentre i Dipartimenti, le Zone distretto e le restanti strutture funzionali e operative ad essi interne

rappresentano lo strumento organizzativo ordinario attuativo della gestione.

1.6 **I Dipartimenti**,

Costituiscono articolazioni organizzative a valenza aziendale, sovraordinate rispetto alle strutture Organizzative, e sono costituiti da Strutture omogenee, affini o complementari che perseguono comuni finalità, tra loro indipendenti, mantenendo la propria autonomia e responsabilità riguardo agli aspetti clinico-assistenziali.

Il Dipartimento costituisce con la Zona distretto il livello apicale ordinario di attuazione ed è garante, in ambito socio sanitario, della gestione ed equilibrio del budget e del raggiungimento degli obiettivi assegnati, nonché delle funzione di governo clinico e dei percorsi ed esiti socio assistenziali e di tutela della salute collettiva e, in ambito tecnico amministrativo e legale, delle procedure e dei risultati di gestione delle attività di supporto e professionali secondo le rispettive specificità di legge. Relativamente alla funzione di Direzione sanitaria ospedaliera la funzione del Dipartimento è assunta dalla Direzione della Rete Ospedaliera.

Le Zone distretto sono garanti della gestione ed equilibrio del budget, del raggiungimento degli obiettivi assegnati nell'ambito di rispettiva competenza, nonché di organizzazione ed erogazione dei servizi inerenti alle reti territoriali sanitarie, socio sanitarie e sociali integrate.

A tal fine, i Dipartimenti e le Zone distretto sono tributari delle funzioni di 'direzione generale' secondo quanto stabilito nello statuto aziendale.

. Il Dipartimento costituisce una macrostruttura composta da Unità Operative Complesse e Semplici i cui Responsabili, pur essendo interdipendenti, mantengono la loro autonomia operativa.

L'Unità Operativa Complessa si caratterizza , in quanto sistema organizzativo complesso, per la presenza di un solo responsabile (Direttore), per la rilevanza quantitativa e strategica delle funzioni ed attività svolte e per l'attribuzione di un budget nonchè per la corrispondenza ad uno o più centri di costo .Le Unità Operative del dipartimento delle Professioni Infermieristiche ed Ostetriche hanno natura professionale cioè afferisce ad essa il governo delle funzioni professionali diffuse ed afferenti alla Unità Operativa stessa.

In pratica devono gestire in modo operativo quanto viene loro trasferito dal Dipartimento stesso, esse sono le gambe e le braccia, pur mantenendo la capacità autonoma di interagire anche con il cervello.

Il 29 giugno 2016 (delibera n 687), l'Azienda Usl Toscana Nord Ovest , dove lavoro attualmente, ha deliberato la costituzione dei nuovi Dipartimenti e delle nuove Aree, di

seguito ha nominato i Direttori di queste articolazioni organizzative, nel contesto è stato istituito anche il Dipartimento Infermieristico , Ostetrico , delle Professioni Tecnico sanitarie, della Riabilitazione e della Prevenzione il cui Direttore è rappresentato da una Dirigente delle Professioni infermieristiche.
La nostra azienda ha più di 13.000 dipendenti, 1 milione e 200 mila assistiti, 12 zone distretto e 13 stabilimenti ospedalieri.

1.7 Il Dipartimento delle Professioni Infermieristiche e Ostetriche

Il Dipartimento assume il suo pieno significato in quanto si costituisce come il contesto ove si esprimono "il sapere" e le scelte aziendali, si definiscono le linee di indirizzo, i criteri per la definizione degli standard qualitativi e quantitativi del personale, le regole in relazione alle quali organizzare e gestire le attività professionali, le politiche di gestione del personale, di valutazione e sviluppo dello stesso. E' il contesto per lo sviluppo della cultura della qualità continua e del governo dei comportamenti professionali, difatti esso promuove:

- Le integrazioni e le sinergie necessarie allo sviluppo delle risorse professionali ed il loro impiego più efficiente e più appropriato.
- La responsabilità e l'autonomia professionale nei percorsi assistenziali e nel processo di presa in carico del paziente.
- Le competenze di base e specialistiche anche attraverso la formazione permanente e la ricerca e dei componenti le équipe assistenziali.
- Le relazioni con gli altri Dipartimenti aziendali nel rispetto dei diversi mandati.

La riconosciuta funzione programmatoria del dipartimento delle Professioni infermieristiche ed Ostetriche rappresenta l'opportunità offerta al sistema perché nelle decisioni strategiche si consideri, attraverso la rappresentanza del Direttore di Dipartimento, anche la visione che gli infermieri, le ostetriche e gli operatori socio-sanitari e di supporto all'assistenza hanno degli assistiti. Inoltre attraverso la presenza nei momenti di programmazione aziendale è possibile aumentare la coerenza tra gli obbiettivi di sistema, e risorse ed il capitale umano effettivamente disponibili, e gli esiti da proseguire sugli assistiti e sulla popolazione generale.

La declinazione di questo punto si esprime attraverso la funzione allocativa: ad obiettivi condivisi si potrà condividere anche la definizione del personale assistenziale necessario al raggiungimento in modo che sia il corretto livello strategico a indicare le priorità aziendali ovvero, quei settori dove sia necessario focalizzare un investimento.

Gli infermieri potranno prevedere lo sviluppo dei modelli organizzativi ed assistenziali innovativi anche ad elevata autonomia tecnico-gestionale offrendo opportunità di maggiore sostenibilità al sistema e possibilità di assicurare omogeneità di assistenza a partire dalla condivisione degli standard di presenze e dei conseguenti esiti attesi.

Le funzioni gestionali ed operative richiamano invece la fase di assistenza diretta, in questo momento cruciale per l'assistito, si esprime al massimo la collaborazione multi-professionale e multi-disciplinare; attraverso un meccanismo co-evolutivo, di rispetto reciproco e riconoscimento di pari dignità, con la prospettiva che non ci sarà una professionista, sia esso medico, infermieri o fisioterapista, che non vedrà opportunità di soddisfazione

Attraverso la gestione operativa il Dipartimento Infermieristico ed Ostetrico è impegnato a garantire un progresso nella ricerca della continuità assistenziale per lo sviluppo del miglioramento continuo della qualità assistenziale attraverso:

- la ricerca, a tutti i livelli dell'azienda, da parte dei professionisti sanitari, della massima appropriatezza dei comportamenti professionali e delle prestazioni erogate, in quanto possibili, sulla base delle risorse disponibili .
- la partecipazione e pianificazione della formazione attraverso l'individuazione dei bisogni formativi dei professionisti.
- la partecipazione responsabile ed autonomia alla definizione dei percorsi assistenziali coordinandosi con gli altri professionisti coinvolti.
- l'elaborazione, l'adozione e la revisione sistematica dei comportamenti professionali e delle linee guida e protocolli e degli altri strumenti del governo clinico.

Cap. II L'OSPEDALE PER INTENSITA' DI CURA

L'ospedale per intensità di cura è il modello organizzativo che si colloca in continuità nel lungo processo di cambiamento, volto a caratterizzare sempre di più l'ospedale come luogo di cura delle acuzie.

Il modello per intensità di cura è un'opportunità da non perdere per superare le criticità del sistema e per consolidare i miglioramenti del servizio già conseguiti. Il livello di cure richiesto dal singolo caso consegue a una valutazione di instabilità clinica, associata a determinate alterazioni dei parametri fisiologici e alla complessità assistenziale.

La graduazione dell'intensità delle cure permette di rispondere in modo diverso e appropriato con tecnologie, competenze, quantità e qualità del personale assegnato ai diversi gradi di instabilità clinica e complessità assistenziale.

L'organizzazione dell'ospedale per intensità di cura richiede nuovi ruoli professionali, nuovi strumenti e un ripensamento della presa in carico del paziente, perché sia il più possibile personalizzata, univoca, condivisa a tutti i livelli di cura. Occorre quindi passare dall'idea di curare la malattia a quella di farsi carico del malato, dall'hosting al case management "gestore del caso". Questo determina la necessità di introdurre modelli di lavoro multidisciplinari per percorsi e obiettivi, con definizione di linee guida e protocolli condivisi, e presuppone la creazione di un team multidisciplinare capace di operare secondo tale impostazione concettuale.

In base a tale approccio, medici e infermieri sono chiamati a una funzione di primissimo piano nello sviluppo di tutte le attività comprese nel percorso diagnostico-terapeutico assistenziale del paziente. A qualsiasi livello d'intensità di cura ci sono complessità assistenziali diverse. A volte instabilità e complessità assistenziale coincidono perfettamente, in molti casi no.

Possiamo distinguere i setting assistenziali prevalentemente su **3 livelli:**

- **Livello di intensive care** che comprende le terapie intensive e sub intensive; deve essere centralizzato, polivalente e curare la reale instabilità clinica; l'accesso a questo livello è caratterizzato dalla instabilità del paziente e deve avvenire in una logica di appropriatezza.
- **Livello di high-care** costituito dalle degenze ad alto grado di assistenza di breve durata, nel quale confluisce gran parte della casistica, è caratterizzato dalla complessità, una elevata variabilità della complessità medica ed infermieristica.
- **Livello di low-care** che è invece dedicato alla cura delle post-acuzie. Fanno parte di questo livello le degenze a basso grado di assistenza. E' da ritenere che la low-care

identifichi un'area in cui vengono accolti pazienti con pluripatologie, che necessitano ancora di assistenza sanitaria, ma non ad alto contenuto tecnologico e ad alta intensività assistenziale.

Nell'Ospedale per intensità di cura il protagonista è il paziente, diversamente dall'ospedale organizzato per disciplina dove i pazienti venivano ricoverati nelle diverse unità operative in base alla patologia, in questo modello il paziente viene ricoverato in base alla sua instabilità clinica e alla complessità assistenziale che necessita, inoltre sono i diversi professionisti a girare intorno a lui. In questo tipo di organizzazione vengono introdotte due nuove figure **il medico Tutor** e **l'infermiere Referente**, che hanno il compito di prendere in carico il paziente al fine di garantire un'assistenza personalizzata. Uno dei presupposti dell'Ospedale per intensità di cura è quello di garantire prestazioni di alta qualità tramite una stretta integrazione tra tutte le figure attraverso strumenti di integrazione come *il Briefing* (incontri routinari dei professionisti che si occupano del caso) e la cartella clinica integrata.

Il modello toscano di Ospedale per intensità di cura ha voluto dare risposte personalizzate alle cure dei pazienti, e prevede un approccio multidisciplinare incentrato sul malato e la realizzazione di moduli/aree di ricovero "aperte e variabili" graduati per intensità di bisogno assistenziale.

Questo tipo di modello ospedaliero supera il concetto di reparto o di unità operativa per garantire la più completa integrazione delle diverse competenze professionali necessarie per trattare le patologie dei pazienti con uguale livello di bisogno assistenziale. Se al medico resta la responsabilità di tutto il percorso diagnostico e terapeutico, all'infermiere è affidata la completa gestione assistenziale durante il ricovero invertendo la logica usuale, il paziente è al centro del processo di cura ed i professionisti gli ruotano attorno.

Cap. III LA SICUREZZA DEI PAZIENTI ED IL RISCHIO CLINICO

Il sistema sanitario è un sistema complesso in cui interagiscono molteplici fattori, eterogenei e dinamici, tra cui si citano la pluralità delle prestazioni sanitarie, delle competenze specialistiche e dei ruoli professionali, tecnico-sanitari ed economico-amministrativi e l'eterogeneità dei processi e dei risultati da conseguire. Tutti gli elementi del sistema devono integrarsi e coordinarsi, per rispondere ai bisogni assistenziali del paziente ed assicurargli la miglior cura possibile.

Come in altri sistemi complessi, quali l'aviazione, le centrali nucleari o i sistemi di difesa militare, anche in ambito sanitario possono verificarsi incidenti ed errori. Per molti anni si è tentato di trasferire in sanità le procedure di sicurezza progettate per gli altri settori, ma al contrario di essi, caratterizzati da una impronta prevalentemente "meccanicistica", in quello sanitario prevale il "fattore umano", nel contempo risorsa e criticità. Infatti, se da una parte l'adattabilità dei comportamenti, la dinamicità e la complessità delle relazioni interpersonali sono prerogative fondamentali delle risorse umane all'interno del sistema, esse costituiscono, nello stesso tempo, un fattore critico, perché le dinamiche di lavoro sono complesse, la "performance" individuale variabile e, soprattutto, i risultati dei processi non sempre sono prevedibili e riproducibili.

La sicurezza dei pazienti è uno dei fattori determinanti la qualità delle cure e pertanto è uno degli obiettivi prioritari che il Servizio Sanitario Nazionale si pone. Lo sviluppo di interventi efficaci è strettamente correlato alla comprensione delle criticità dell'organizzazione e dei limiti individuali, richiedendo una cultura diffusa che consenta di superare le barriere per l'attuazione di misure organizzative e di comportamenti volti a promuovere l'analisi degli eventi avversi ed a raccogliere gli insegnamenti che da questi possono derivare.

La sicurezza dei pazienti quindi si colloca nella prospettiva di un complessivo miglioramento della qualità e poiché dipende dalle interazioni delle molteplici componenti che agiscono nel sistema, deve essere affrontata attraverso l'adozione di pratiche di governo clinico che consente di porre al centro della programmazione e gestione dei servizi sanitari i bisogni dei cittadini, valorizzando nel contempo il ruolo e la responsabilità di tutte le figure professionali che operano in sanità.

Rafforzare le competenze dei professionisti è infatti un valore essenziale, così come la formazione costituisce uno strumento indispensabile per assicurare l'erogazione di cure efficaci e sicure.

In questi anni, molte iniziative formative sono state intraprese, seppure con varie tipologie e modalità diverse. Tali esperienze inducono a riflettere sulla necessità di raggiungere un livello omogeneo di competenze e conoscenze che favorisca l'attuazione delle strategie per le sicurezza dei pazienti a livello nazionale.

Cap. IV L' ACCREDITAMENTO REGIONALE

4.1 L'accreditamento istituzionale è il processo con il quale la Regione riconosce ai presidi sanitari e socio-sanitari, pubblici e privati, la **possibilità di erogare prestazioni sanitarie e socio-sanitarie per conto del Servizio Sanitario Regionale**. Questo **riconoscimento** garantisce ai cittadini che le strutture accreditate siano in possesso dei requisiti organizzativi, tecnologici e impiantistico-strutturali aderenti agli standard di qualità richiesti dalla programmazione regionale in materia di sanità.

L'accreditamento è il titolo necessario alle aziende del Servizio sanitario regionale per stipulare accordi con le strutture pubbliche o contratti con le strutture private per l'erogazione di prestazioni sanitarie a carico del servizio sanitario nazionale. La verifica dei requisiti viene effettuata dal personale delle Aziende sanitarie inserito nell'elenco dei tecnici verificatori per l'accreditamento istituzionale delle Regioni.

La Regione Toscana ha avviato il processo di accreditamento da molti anni. Le strutture sanitarie pubbliche ed equiparate, per ottenere il rilascio di accreditamento per nuove attività già autorizzate o chiedere il rinnovo dell'accreditamento già rilasciato, devono presentare apposita domanda alla Regione. L'accreditamento **ha validità di 5 anni** a partire dalla data del decreto di rilascio. La documentazione presentata dalle strutture sanitarie è sottoposta a controllo secondo procedure definite dalla Legge regionale n.51/2009.

L'accreditamento istituzionale viene rilasciato a seguito dell'attestazione del **possesso dei requisiti organizzativi** di livello aziendale e **dei requisiti di processo, comuni e specifici.**

➔ **Requisiti di processo comuni e specifici comuni, chirurgico, medico, oncologico, materno-infantile, emergenza-urgenza, area critica**

Delibera della Giunta regionale n.108 del 14 febbraio 2017 -Allegato A - **Processi e requisiti**

➔ **Requisiti di processo specifici riabilitazione, salute mentale, dipendenze e ambulatoriale**

Delibera della Giunta regionale n.110 del 14 febbraio 2017 - Allegato A - **Processi e requisiti**

➔ **Linee guida per l'attestazione dei requisiti di processo, fonti e standard**

Decreto dirigenziale n.2044 del 24 febbraio 2017

Allegato 1 - **Linee Guida**

Allegato 2 - **Fonti e standard requisiti di processo, comuni e specifici**

4.2 Le Raccomandazioni per la prevenzione degli eventi sentinella: la Regione Toscana ha emanato una serie di direttive che riguardano le procedure o le istruzioni operative nei riguardi dei maggiori processi che intervengono all'interno delle strutture pubbliche poiché intende favorire la conoscenza delle pratiche per la sicurezza fondate su forti evidenze scientifiche e promuoverne l'adozione diffusa a livello di tutte le strutture ospedaliere:

N.1 - Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio KCL- ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio

N.2 - Raccomandazione per prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico

N.3 - Raccomandazione per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura

N.4 - Raccomandazione per la prevenzione del suicidio di paziente in ospedale

N.5 - Raccomandazione per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità AB0

N.6 - Raccomandazione per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto

N.7 – Raccomandazione per la prevenzione della morte coma o grave danno derivanti da errori in terapia farmacologica

N.8 - Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari

N.9 - Raccomandazione per la prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali

N.10 - Raccomandazione per la prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati

N.11 - Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)

N.12 - Prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look-alike/sound-alike"

N.13 - Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie

N.14 - Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici

N.15 - Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto soccorso

N.16 - Raccomandazione per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita

N.17 - Raccomandazione per la riconciliazione della terapia sui farmaci

Cap.V Il RUOLO DEL DIRIGENTE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE

La nascita del Dirigente Infermieristico è stata legiferata solo nel 2000 **con la Legge n.251** (art.7); di fatto è colui che organizza e coordina il personale infermieristico, ostetrico, tecnico sanitario, riabilitativo e della prevenzione, oltre che gli operatori di supporto. La direzione di questo servizio è generalmente **affidata ad un infermiere** ma a seconda del contesto potrebbe anche essere data ad **un'altra figura tra quelle prima citate**.

Il professionista dirigente, **secondo la legge n. 43 del 2006 (art. 6) è un professionista in possesso della laura specialistica magistrale** di cui al D.M. 2 aprile 2001 che abbia esercitato l'attività professionale con rapporto di lavoro dipendente per almeno cinque anni, e che:

- Contribuisce alla definizione della mission, vision e dei valori guida dell'azienda e persegue il loro raggiungimento attraverso il razionale uso delle risorse umane e materiali disponibili.
- Fa in modo che sia erogata un'assistenza efficace, efficiente, di qualità, contribuisce alla formazione continua e all'aggiornamento del personale di competenza.
- E' costantemente sotto controllo e viene valutato per i risultati ottenuti sia economici sia sanitari.

Il riconoscimento del valore e dell'autonomia decisionale del Dirigente dipende dalla sua collocazione nell'organigramma aziendale. Di fatti, può essere collocato presso la **Direzione Generale o presso la Direzione Sanitaria.** Inoltre, può essere **in *line*** (nella linea gerarchica) **o in *staff*** cioè con ruolo di consulenza a sostegno della linea gerarchica, ma senza autonomia decisionale. Il modello *line* consente, meglio se in linea alla direzione generale, poichè ciò consentirà al Dirigente di intervenire nelle decisioni aziendali e con un'opera di contrattazione e di mediazione (con competenze economiche e finanziarie e non solo) con altre figure dirigenti, creare relazioni collaborative e motivanti in cui sia possibile portare a compimento gli obiettivi aziendali senza dimenticare i valori, la visione e gli obiettivi della professione infermieristica.

Di certo, però, non è la posizione a creare il ruolo, ma sono coloro che la esercitano, e non è il titolo di studio universitario ad insegnare ad essere un *leader.* **Ogni persona ha ovviamente caratteristiche personali**, valori, percezioni ed esperienze peculiari che incidono notevolmente sull'efficacia della sua azione di conseguenza non sarà raro veder cambiare l'autonomia del Dirigente a seconda del nuovo o vecchio dirigente.

"Il lavoro dei leader potrebbe essere definito come gestione di energia. Loro compito principale è creare un ambiente nel quale questa energia non vada sprecata in lotte intestine e giochi di potere...." (Kets de Vries Leader, giullari, impostori. 1998).

Oggi nelle Aziende Sanitarie, per rispondere in modo appropriato alle mutevoli esigenze delle persone assistite e dei loro familiari che pongono la loro fiducia nei professionisti sanitari, diventa fondamentale affiancare allo sviluppo continuo del patrimonio professionale altre leve gestionali.

La corretta gestione dei processi assistenziali rappresenta l'elemento fondamentale delle organizzazioni sanitarie moderne. In altri termini, la **gestione per processi** non è solo un nuovo sistema di misurazione dei risultati, ma un vero e proprio diverso modo di lavorare all'interno di un sistema organizzato.

In parallelo è necessario portare avanti la riflessione sulla qualità dell'assistenza e la sicurezza delle cure, consolidando la cultura della valutazione dei risultati tra i professionisti della salute e aumentare **i dati disponibili per comprendere la correlazione staffing-out come servizio richiede una gestione non rigida delle mansioni, delle retribuzioni, dei percorsi di carriera e della formazione continua. La logica da seguire è quella secondo la quale la gestione del personale concentra l'attenzione non sulla semplice mansione da svolgere caso per caso, ma sull'intera organizzazione.**

In sanità il ruolo del management sta cambiando, infatti, concetti come efficienza, funzionalità, produttività, competitività, gestione aziendale, vanno di pari passo con quelli di diritto alla salute, efficacia, politica sanitaria, livelli minimi di assistenza.

Esistono indagini e ricerche dalle quali traspare come la grande divaricazione tra "potenzialità di assistenza" resa possibile dal progresso scientifico e dallo sviluppo tecnologico e "livelli effettivi di assistenza" sia spesso riconducibile alla limitata capacità di gestire la complessità organizzativa delle moderne strutture di erogazione dei servizi e, più in generale, dei moderni sistemi sanitari.

Conoscenze, competenze e atteggiamenti manageriali appaiono condizioni necessarie, anche se non sufficienti per recuperare più elevati livelli di soddisfazione dei pazienti, della popolazione e degli stessi professionisti, impegnati nel settore, dall'altro per affrontare il difficile compito di realizzare l'equilibrio tra domanda e offerta, tra bisogni, teoricamente illimitati, e risorse (che sono invece limitate rispetto alle grandi opportunità offerte dalla scienza). Condizioni necessarie che dimostrano come l'elemento critico sia dato ormai dalla capacità di governare nel migliore dei modi e come le differenze qualitative-

quantitative dei livelli assistenziali reali siano spiegabili più dai differenti livelli di efficienza del funzionamento (attribuibile al management) che non dalla differenza dei modelli di sistema sanitario adottato.

Nella moderna sanità cambia anche la leadership perché si fonde non tanto sul principio di autorità e su strumenti e procedure formali, quanto sulla capacità di sollecitare i collaboratori a dedicare al lavoro le loro migliori energie.

Il Dirigente infermieristico si ritrova a dover utilizzare la logica della semplificazione (lean-thinking), attraverso le competenze presenti all'interno dell'organizzazione per analizzare e gestire tutte le fasi delle attività che si svolgono, considerando il valore che esse producono per il paziente e riducendo ciò che non partecipa a tale produzione.

5.1 Le competenze del Dirigente risultano essere:

- gestione delle risorse umane, che, giocano un ruolo essenziale nel determinare la qualità del servizio e la soddisfazione degli utenti. Di essa dovrebbe far parte l'impegno nel costante sviluppo professionale degli operatori;
- diagnosi dei problemi (in ordine di priorità) e delle risorse a disposizione per affrontarli;
- programmazione e valutazione del lavoro, soprattutto quando i dati su cui basarsi sono raramente certi e stabili;
- orientamento ai risultati per l'utente, all'efficienza e alla qualità dell'immagine aziendale;
- capacità di operare scelte in condizioni di incertezza e non di rado di urgenza, valutando adeguatamente rischi e benefici;
- capacità e impegno nel creare un clima organizzativo adeguato, partendo dal presupposto, avvalorato da ricerche, che le esperienze che la direzione crea per i dipendenti vengano trasferite nelle relazioni fra questi e gli utenti. Concorre a creare un clima di lavoro positivo dove le persone si sentano accolte, ascoltate e valorizzate per quello che sono e fanno. La creazione di un clima organizzativo orientato al personale e a coloro che forniscono le prestazioni agli utenti siano a loro volta ben serviti da altre funzioni aziendali; l'utente riceva un servizio adeguato, frutto del lavoro di un'azienda orientata al servizio in ogni sua parte. Perché questo avvenga occorre tener conto dei bisogni, degli interessi e del valore delle persone, promuovendo il loro adattamento al clima e alla cultura organizzativa.

- la sanità si evolve verso modelli organizzativi sempre più circolari e liquidi dove i fattori distintivi e premianti coincidono con: comunicazione, fiducia, flessibilità, collaborazione e riconoscimento.

5.2 La leadership: senza, non si può essere un Dirigente efficace

I leader esistono in tutti i campi della vita e a tutti i livelli. Alcuni di quelli più noti oggi facciamo l'esempio di *Bill Gates* della Microsoft e *Margaret Thactcher* ex primo ministro britannico sono state persone di spicco che hanno affrontato sfide, cambiamenti, alti e bassi ed hanno perseverato per sviluppare e per creare , ciascuno, la propria forma di leadership, attraverso la conoscenza di loro stessi, dei loro punti di forza e delle loro debolezze, che li ha resi capaci di cambiare il mondo .

Come descrivono bene *Tom Peaters e Nency Austin* nei loro testi " Leadership significa visione del futuro, entusiasmo contagioso, amore, fiducia, verve, passione, ossessione, coerenza, uso dei simboli, attenzione, dramma a tutto campo (ma anche saperlo gestire), creazione di eroi ad ogni livello, ammaestramento, divagazioni creative ed tante altre cose ancora"

"I leader sono posti nella condizione di decidere per gli altri " *Jonathan Gosling*|,

"Un capo è mercante di speranza" *Napoleone Bonaparte*

5.3 Il Dirigente Infermieristico e le caratteristiche di leader

- Credibilità: intesa come solida reputazione e buoni precedenti
- Decisionalità: prende decisioni e le porta fino in fondo
- Integrità: si dimostra onesto e leale
- Fiducia in se stesso: si mostra sicuro di sè
- Energico: ha la capacità di lavorare sodo
- Consapevole: conosce sè stesso, come carattere, personalità e motivazioni
- Adattabile: conserva efficienza nelle situazioni di cambiamento
- Ascolto: dimostra buona comprensione con domande e chiarimenti
- Tenacia: non molla una sida finchè non è risolta
- Persuasività: ha la capacità di convincere gli altri
- Empatia: si mostra capace di identificarsi con gli altri

- Gestione delle relazioni: riconosce l'importanza di costruire e sviluppare relazioni
- Apertura mentale è accessibile alle idee nuove
- Iniziativa: vede le opportunità e le sa sfruttare
- Ambizione: ha un forte bisogno di successo
- Flessibilità . è capace di cambiare stile per adattarsi alle situazioni
- Affidabilità: merita fiducia
- Consapevolezza interpersonale ha molte risorse per interagire efficacemente con gli altri
- Impegno: mostra di credere in se stesso e nell'organizzazione

5.4 Gli stili di *Leader* che il Dirigente può interpretare sono diversi:

- **Direttivo**. *leader* che assumono il controllo, prendono decisioni e contano su se stessi, funziona bene nei momenti di crisi, buono con i collaboratori inesperti, efficace quando i tempi sono stretti, quando si è più o già informati.
- **Formatore**: *leader* che concentrano gli sforzi sullo sviluppo ed il coinvolgimento dei collaboratori, sviluppa i collaboratori, migliora le perfomance, accresce la consapevolezza dei collaboratori costruisce fiducia
- **Influente***: leader* che confidano nella propria capacità, convincenti e motivanti, mobilita le persona, può essere fonte d'ispirazione, adatto ai periodi di cambiamento, quando la credibilità è alta.
- **Collaborativi** : *leader* che creano armonia e lavorano con e medianti gli altri, costruisce consenso e partecipazione, motiva le persone, coinvolge gli altri, usa le competenze e l'esperienza degli altri

Quasi tutti abbiamo una preferenza per uno stile. Capire qual è il nostro stile elettivo di *leadership* è importante. Serve soprattutto a capire l'effetto che esso ha sugli altri e quando è più efficace, tuttavia nell'attuale contesto sanitario, molteplice ed in rapido mutamento, è più importante essere capaci di adattare il proprio stile e variarlo per corrispondere meglio alle persone coinvolte, alla situazione in cui ci troviamo ed al contesto economico ed aziendale prevalente, considerando che nessuno ha tutto, è una questione di incastri, una vera *leadership* situazionale significa calibrare il comportamento per adattarlo alla situazione.

5.5 Il Dirigente Infermieristico ed i collaboratori: le aspettative del collaboratore

Il Dirigente ha bisogno di collaboratori**:** senza di loro non potrebbe resistere e portare a termine gli obiettivi che una qualsiasi azienda impone a tale professionista; inoltre deve tenere ben presente che il Servizio Infermieristico è composto da tante persone, ogni persona ha un valore assoluto e di fatto è un suo collaboratore.

L'efficacia ed il successo di un Dirigente dipende in gran parte dalla relazione che si stabilisce fra lui e gli stessi collaboratori , senza contare che i collaboratori hanno nei confronti del Dirigente una serie di aspettative, che si possono classificare in quattro categorie:

- **Entusiasmo**, da chi li guida, pretendendo dimostrazioni d'impegno, energia, e soprattutto ispirazione
- **Valorizzazione**: hanno bisogno di sentire che il loro lavora conta davvero qualcosa, e che il loro contributo è significativo rispetto al quadro generale;
- **Apprezzamento**: tutti abbiamo bisogno di essere apprezzati e i collaboratori pretendono che il Dirigente manifesti un interesse personale ed un'autentica dedizione nei loro confronti;
- **Appartenenza:** i collaboratori hanno bisogno di sentirsi parte di un tutto, non un semplice ingranaggio, ma una componente importante di un macchina ben lubrificata.

Un Dirigente efficace al giorno d'oggi deve essere avvicinabile e disponibile. I modi per aiutare i suoi collaboratori a stabilire una relazione positiva possono essere:

- Fissare un orario giornaliero o settimanale di incontro
- Uscire dall'ufficio e parlare con la gente
- Ricordare chi sono e cosa fanno
- Comunicare regolarmente le informazioni rilevanti a tutti gli interessati
- Festeggiare i successi insieme a loro
- Riconoscere quando sono necessari messaggi duri e comunicarli

Cap VI GLI STRUMENTI OPERATIVI CHE POSSONO ESSERE MESSI IN CAMPO DA UN DIRIGENTE INFERMIERISTICO

6.1 La pianificazione

E' difficile dare una definizione di pianificazione soddisfacente e univoca a causa delle definizioni enunciate da diversi autori ma, si possono ritrovare dei punti in comune:
a) Riguarda il futuro: la pianificazione, ha un carattere prospettico. *BE'GIN:* "pianificare significa applicare un processo volto a decidere cosa fare, come farlo e come valutare quello che sarà fatto prima di farlo (prima dell'azione)". Questo processo avviene in due diverse modalità: l'estrapolazione (i fenomeni verranno influenzati nel futuro nello stesso modo del presente); la previsione (considera il cambiamento dei fattori che influenzano i fenomeni, lo spiega e lo prevede).
b) Implica una relazione di causalità tra l'azione intrapresa e i risultati previsti: ossia, riguarda la relazione tra le azioni proposte e gli obiettivi perseguiti.
c) Sottintende l'azione: un piano senza azione è inutile.
d) È un processo continuo e dinamico: per adattarsi continuamente alle situazioni particolari

e) È di natura multidisciplinare: tutte le fasi del processo di pianificazione sono influenzate dal contesto socio-politico, occorre saper identificare tutti i diversi attori per riconoscere i loro interessi.

La pianificazione viene talvolta interpretata come sinonimo di programmazione ma, al tempo stesso, è artificiale una distinzione tra le due. Infatti, la pianificazione ingloba la programmazione poiché quest'ultima è un suo prolungamento: il legame tra pianificazione è programmazione è logico, poiché assicura una certa coerenza dell'azione iniziata dalla prima (pianificazione) e quella della programmazione.

Secondo un approccio più meccanico, la pianificazione può limitarsi ad un preventivo ma è una concezione che poco si adatta alla pianificazione sanitaria. Essa è più pertinente per coloro che si occupano di architettura o ingegneria. Secondo, poi, una prospettiva imprenditoriale, la pianificazione riguarderebbe i processi decisionali (e di gestione); secondo *Nu*t, invece, anche se la pianificazione deve essere legata ai processi decisionali è preferibile darle un ruolo indipendente e autonomo nei confronti

dei processi di gestione.
"La pianificazione e la programmazione sanitaria fanno, quindi, riferimento ad un processo

continuo di previsioni di risorse e di servizi richiesti per raggiungere determinati obiettivi, secondo un ordine di priorità stabilito, che permette di scegliere la o le soluzioni ottimali tra diverse alternative; questa scelta prende in considerazione il contesto dei vincoli, interni ed esterni, attualmente noti prevedibili nel futuro". *(Pineault)*

"Un processo metodico consiste nel definire un problema con l'analisi, nell'individuare i bisogni e le domande non soddisfatte che costituiscono il problema, nel fissare scopi realistici e raggiungibili, nel determinare le priorità, nell'individuare le risorse necessarie per raggiungerli e nel progettare le azioni amministrative pensando alle diverse strategie di intervento possibili per risolvere il problema". *(Schaefer)*

6.2 Gestire per processi:

Come per molte aziende, anche per quelle sanitarie è importante organizzarsi per processi, in modo da svolgere sequenze di attività fra loro correlate secondo la logica del cliente-paziente interno e finalizzate ad uno specifico risultato finale.

Il criterio principale su cui si basano questi modelli organizzativi è la stratificazione delle risorse e delle attività secondo l'intensità di cura richiesta dal paziente. Questa innovazione organizzativa rappresenta una grossa sfida, in quanto richiede di superare la tradizionale struttura per funzioni secondo la logica delle discipline mediche, ritenuta un ostacolo ad un approccio assistenziale coordinato ed integrato.

L'Ospedale odierno è un organizzazione multidisciplinare, nella quale hanno un ruolo centrale medici, infermieri ed altre figure sanitarie, tecnici, ostetriche, coordinatori e di operatori da loro gestiti. L'ospedale è deputato principalmente alla cura di patologie acute in un'ottica di efficacia e sempre più di efficienza e presenta due caratteristiche specifiche di grande rilevanza: l'attività viene svolta al suo interno in tutto l'arco della giornata ed in ogni giorno dell'anno; tale attività è spesso condizionata o determinata da condizioni di urgenza.

In questa situazione, il dirigente infermieristico, l'organizzazione e la gestione non possono basarsi sulla tradizionale ottica burocratica e verticistica, di tipo prevalentemente meccanico, bensì su una struttura che coordini le varie unità nelle quali viene diviso il lavoro affinchè possano cooperare per l'ottenimento di quel valore essenziale che è rappresentato dalla soddisfazione degli utenti: assume quindi un'importanza decisiva il governo dei processi interfunzionali. Se in passato, i miglioramenti organizzativi e gestionali sono stati perseguiti all'interno delle singole funzioni, oggi è chiaro che l'azienda consegue i risultati non attraverso di esse solamente considerate ma attraverso i processi, intendendo per processo una sequenza di attività fra loro correlate secondo la logica del

cliente interno e finalizzate ad uno specifico risultato finale**.**

6.3 IL Metodo PDCA:

Il ciclo di Deming o Deming Cycle, ciclo di ***PDCA***, acronimo di :

Plan–Do–Check–Act, in italiano "Pianificare - Fare - Verificare – Agire": è un metodo di gestione interattivo, in quattro fasi, utilizzato in attività per il controllo e il miglioramento continuo dei processi e dei prodotti.

- ***plan***: pianificare definendo gli obbiettivi e scegliere gli interventi in base a criteri di efficacia
- ***do:*** svolgere le attività pianificate coinvolgendo tutti gli attori del sistema
- ***check***: verificare che tutto proceda come previsto dal piano
- **act**: intervenire su eventuali cause che hanno rallentato il programma delle attività

6.4 Utilizzare il *Problem Solving*: La risoluzione dei problemi

Inizialmente si pensava al *problem solving* come ad un processo rigoroso e razionale, forse proprio per le sue radici matematiche. In realtà, oggi viene spesso usato perchè ogni **problema** può, ad esempio, essere considerato come un ostacolo che si frappone al raggiungimento dei nostri obiettivi. La **soluzione** è il nuovo corso di azioni che dobbiamo intraprendere per raggiungere lo scopo prefissato. Questo implica prima di tutto un cambiamento a carico della nostra ottica o della nostra strategia. A partire da questa definizione sommaria si comprende che queste risorse sono utili in tutti gli ambiti della vita, anche quando il problema è di tipo interpersonale/relazionale o emotivo (legato a una sensazione di disagio).

Risulta quindi importante attuare il *problem solving* e la tecnica del F.A.R.E.: in letteratura si trovano diverse schematizzazioni che spiegano i passaggi da seguire per migliorare le proprie capacità. Qui ne presentiamo due. La prima è quella conosciuta con l'acronimo **F.A.R.E.** che racchiude tutte le fasi per il raggiungimento della soluzione:

1. Focalizzare: selezione e definizione del problema (circoscriverlo). È possibile aiutarsi come una descrizione scritta.

2. Analizzare: definizione delle informazioni da ricavare e della loro importanza per poi raccogliere i dati.

3. Risolvere: creazione di soluzioni alternativa e selezione della migliore. Sviluppo di un piano di attuazione**.**

4. Eseguire: definire l'obiettivo desiderato, esecuzione del piano e monitoraggio dei risultati.

6.5 Potenziare il lavoro in team attraverso :

- la condivisione delle strategie
- la condivisione dei processi di azione (raggiungimento di scopi ed obbiettivi)
- il monitoraggio dei progressi verso gli obbiettivi
- la gestione dei conflitti
- la motivazione e la costruzione della fiducia
- la formazione , l'aggiornamento e l'informazione al personale per coinvolgerlo a pieno

6.6 Progettare attraverso:

- Divisione del lavoro (analisi dei processi produttivi, individuazione delle aree di complessità
- Divisione dei compiti alle posizioni (definizione di responsabilità/mansioni)
- Organizzazione della leadership (chi orienta le attività)
- Subordinazione degli interessi individuali al fine comune
- Retribuzione
- Spirito di iniziativa

6.7 Coordinare :

Mettere insieme, integrare, armonizzare il lavoro di più soggetti, appartenenti alla stessa o a diverse unità operative per evitare duplicazioni, sovrapposizioni, lacune e migliorare efficacia ed efficienza. L'esigenza cresce con il crescere di differenziazione, dimensioni, complessità.

6.8 Formalizzare:

- Esplicitare in forma scritta ed ufficiale chi svolge determinate attività
- Che cosa deve fare un determinato soggetto
- Come devono essere svolte le varie attività e processi per **disciplinare** la variabilità dei comportamenti, mirando a standardizzare i processi di lavoro
- Proteggere gli utenti da comportamenti arbitrari

Cap. VII IL TEMA DELLE RESPONSABILITA'

Il processo di responsabilizzazione all'interno del contesto lavorativo nasce, da un nuovo rapporto tra i lavoratori e tra questi e l'organizzazione. Tutti i professionisti devono diventare partner nei confronti degli altri e dell'organizzazione, solo in tal modo, infatti, potranno sentirsi non più soltanto responsabili del proprio lavoro, ma compartecipi di tutto ciò che accade ed il gruppo di lavoro potrà rendersi anche promotore di nuove iniziative.

La responsabilizzazione, tuttavia, non va considerata solo un insieme di tecniche, ma, piuttosto, un metodo che conduce all'intima comprensione delle relazioni tra le persone, tra il coordinamento e lo staff dirigenziale. Per attivare questo processo di cambiamento, occorre rivedere lo stile di Direzione del Management Aziendale. Non limitarlo alla semplice pianificazione e programmazione, in modo implicitamente deduttivo e orientato ad ottenere risultati, rischia di non generare quei cambiamenti necessari per la realizzazione effettiva dei nuovi ospedali. Occorre, invece, rivedere quelli che sono i fattori organizzativi che incidono sulla gestione delle risorse umane.

Attualmente, le aziende sanitarie sono prevalentemente caratterizzate da culture organizzative di matrice burocratica, strutturate sul comando e sul controllo. Spesso, l'azienda sanitaria focalizza l'attenzione sull'area formale/istituzionale della propria organizzazione, prendendo in considerazione le strategie, le strutture e i processi organizzativi, ma trascurando quasi completamente l'area informale/comportamentale dell'organizzazione, intendendosi, con quest'ultima, in primo luogo, l'analisi e lo sviluppo della cultura organizzativa, secondariamente, lo stile di direzione ed, infine, il sistema premiante.

La realizzazione è, pertanto, il risultato di una combinazione sinergica di tutti i fattori organizzativi citati, collegati a nuovi modelli di gestione del personale ed a nuove culture della formazione. La combinazione di successo diverrebbe così la "simmetria" tra paziente e dipendente. Nello specifico, si intende la centralità del cittadino, come uno degli obiettivi strategici e qualificanti che un Dirigente Infermieristico deve aspirare ad ottenere

Cap. VIII LA FORMAZIONE DEL PERSONALE

La Formazione del Personale deve essere considerata lo strumento più potente che ha disposizione la Dirigenza Infermieristica, al di là di ogni valutazione sulle differenti strategie aziendali poste in essere nelle varie realtà locali, la formazione assume sempre più importanza come strumento di efficacia, in termini di qualità per il presente e per il futuro.

Il concetto di formazione viene, generalmente, definito come *un processo di apprendimento che riguarda l'individuo, le organizzazioni e, nel suo contesto più ampio la società. Essa riguarda l'individuo in tutte le fasi della vita, dalla formazione istituzionale iniziale, all'avviamento al lavoro, alla formazione *post experience* di chi già lavora, fino alla formazione permanente, lungo tutto l'arco della vita- *life long learning*- (L.Padovese, L.Visentini cit. P.152)

Partendo da questa definizione, è necessario considerare che molte aziende sanitarie, sono ancora oggi, dominate da una tradizione di cultura manageriale tecnopratica, fortemente ispirata a mentalità e meccanismi operativi, fondati sulla centralità del comando e su un'attenzione ossessiva dei processi di esecuzione (scientific management)

Le aziende sanitarie , pertanto devono spostare la loro attenzione su quella parte del mondo organizzativo, definito informale-comportamentale, attraverso un' analisi, rivolta a sensibilizzare le coscienze e le motivazioni profonde degli operatori, prima ancora che ad incrementare il loro *background* professionale.

Proprio per tali ragione , a giudizio di eminenti autori ^ il futuro sembra quindi essere nelle mani di quelle imprese che sapranno rendere produtiva la conoscenza, trasformandola in innovazione sistemica, avendo il coraggio di investire in ricerca e sviluppo, formazione ed apprendimento, infrastrutture e strumenti di supporto della conoscenza (l. Pavese, L. Visentin, cit., pag 153).

Con queste riflessioni, intendo dunque esprimere il mio convincimento, secondo il quale un rapporto formativo, non supportato da un contesto motivazionale sufficientemente ricettivo, rischia di non condurre al risultato sperato, con conseguente grave dispendio di energie umane e materiali.

Oggi peraltro, le organizzazioni aziendali (incluse quelle sanitarie) chiedono ai professionisti molto di più in termini di assunzioni di responsabilità, gli stessi si ritrovano ad affrontare irrisolte ed aggravate criticità, come le sempre maggiori attese da parte dell'utente, i ritmi di lavoro più incalzanti, la resa su processi organizzativi complessi; alle risorse umane viene, dunque, chiesto di imparare a prendere iniziative, essere creativi, ed accettare la responsabilità delle proprie azioni, in altre parole, di diventare *empowered*

(C. Picardo, 1995 p. 10).

Il processo di *empowerment* rappresenta un tema di stretta attualità, per dimostrare quanto le componenti individuali ed organizzative siano collegate tra loro, dal momento che il fine principale di tale modello è considerare il lavoratore, come un soggetto con un elevato potenziale, capace di ridurre, o quantomeno, di eliminare i propri sentimenti di sfiducia, nonchè di acquisire maggiore sicurezza e percezione di autoefficacia anche, ma non soltanto, nell'ottica dello sviluppo professionale. (F. Varabasso, cit., p.29)

CAP. IX I MODELLI ORGANIZZATIVI ASSITENZIALI

9.1 Il Contesto Internazionale

Una logica dell'organizzazione intelligente , innovativa, in cambiamento, legata alla teoria dell'autoapprendimento e della complessità delle organizzazioni , richiede necessariamente di ridisegnare ruoli e funzioni dei professionisti che lavorano nell'ambito del sistema salute, nonché una profonda revisione dei modelli organizzativi .

^*L'innovative Care Delivery Model* e la *Healt Workforce Solutions (HWS)* e *The Robert Wood Johnson Foundation*^ hanno creato e finanziato un progetto di ricerca innovativa per identificare e declinare nuovi modelli organizzativi che potessero essere implementati in risposta ad una politica di innovazione e promozione della salute.

Attraverso un'ampia revisione della letteratura la HWS ha individuato **24 Innovative Care Delivery Models** e ha identificato **8 elementi** comuni a molti di questi **24 modelli innovativi ,** che descrivono il cambiamento della filosofia della cura della persona, la nuova prospettiva del sistema salute e delineano gli sforzi necessari per le organizzazioni che forniscono servizi di cura e salute e che desiderino implementarli.

Gli 8 elementi distintivi sono:

- Ruoli di rilievo per gli infermieri
- Evoluzione verso una cura interdisciplinare : approccio in team
- Un ponte nella continuità assistenziale
- Una spinta oltre i confini : la casa come setting di cura
- Target di utenti che accedono ai servizi di salute: persone molto anziane
- Focus incentrato sull'assistito
- Alto livello di tecnologia
- Attenzione ai risultati : miglioramento della soddisfazione , della qualità e dei costi.

9.2 I 24 modelli assistenziali innovativi sono stati organizza**ti in tre** grandi **categorie assistenziali:**

- Modelli per le cure acute-*Acute Care Models*
- Modelli di continuità delle cure – *Bridge the Continuum*
- Modelli delle cure integrate –*Comprehensive Care Models*

A fronte di un sistema di salute caratterizzato da una ampia variabilità , è necessario svincolarsi da un'organizzazione infermieristica assistenziale rigida e settoriale , strutturata prevalentemente per compiti, per sviluppare modelli organizzativi attenti alla mappatura dei

bisogni di salute della persona fragile . In tal senso le strutture intermedie possono rappresentare una utile opzione per lo sviluppo e l'implementazione dei modelli organizzativi capaci di reinterpretare l'organizzazione della presa in carico del cittadino per la produzione di livelli confacenti di salute. Primary Nursing , Advanced Primary Nursing , Case-Care Management, Integrated Case Management.

Le strutture intermedie a gestione infermieristica possono , anche in Italia , fare immaginare una direzione esclusivamente infermieristica con la presenza di infermieri con competenze specialistiche/avanzate . In tale prospettiva in America , negli anni , le diverse Associazioni Infermieristiche , in linea con lo sviluppo di una formazione Accademica Universitaria avanzata e mirata , hanno pubblicato significativi documenti nei quali declinano il core competence dell'infermiere dirigente *(chief Nursing Officer)* ovvero di colui che , in tali strutture, deve assumere ruolo e capacità di leader e guida dell'organizzazione .

Inoltre la letteratura internazionale nel definire la leadership infermieristica all'interno del sistema salute complessivo, in uno scenario di forte evoluzione socioculturale , ha descritto per il ruolo del dirigente infermieristico i livelli di responsabilità strategica e politica , che si declinano nell'individuazione di due figure di seguito individuate.

- ***The Entity Chief Nursing Officer*** **,** ovvero colui che ha una responsabilità di individuazione , monitoraggio e gestione delle politiche della salute.
- ***The System Chief Nurse Eecutive*** ovvero colui che guida e dirige le strategie , promuove il miglioramento dei risultati per l'assistito , l'organizzazione e la pratica clinica avanzata .

9.3 Il contesto italiano

In Italia , In molti Piani Sanitari Regionali (Toscana, Lombardia , Veneto, Emilia Romagna) sono dedicate intere parti alla gestione dell'integrazione delle cure primarie con quelle intermedie e con l'assistenza a medio bassa intensità e la rivalutazione del ruolo dei vari professionisti della salute. Alcune soluzioni sono state da tempo realizzate e attuate in diversi contesti territoriali. Sono di esempio le esperienze di Trieste , con il progetto Nursing riabilitante e innovativo che ha previsto l'inserimento degli infermieri di comunità; Bologna, con i reparti post-acuti a conduzione infermieristica ; fino al caso di Milano, con la low-care aperta nell'Ospedale di Niguarda, ove vengono accolti pazienti che hanno superato la fase acuta della malattia , ma non ancora passibili di dimissione in quanto necessitano di osservazione e continuità assistenziale , terapeutica e riabilitativa . Gli utenti provengono dalle strutture complesse di degenza aziendali.

Gli obiettivi di tale struttura sono :

- Assicurare la continuità assistenziale anche attraverso l'implementazione di protocolli condivisi che garantiscono l'integrazione tra ospedale e territorio,
- ottenere il massimo recupero possibile dell'autonomia della persona,
- ridurre la degenza media ottimizzando l'utilizzo dei posti letto per acuti,
- diminuire il costo dell'assistenza.

Anche in Toscana, nella Asl di Prato, è presente una struttura denominata "Presidio di continuità Assistenziale/cure intermedie" gestito da infermieri sul modello delle *nursing led clinics.* Garantisce una assistenza caratterizzata da una medio–bassa intensità della competenze diagnostico-terapeutica e un'alta intensità di cure infermieristiche nelle 24 ore .La gestione del percorso che conduce il paziente in tale struttura inizia a livello ospedaliero, ove un team leader identifica il candidato per l'accesso alle cure intermedie, ne discute con il medico tutor e insieme avviano il processo "Segnalazione Candidato" ognuno per le proprie responsabilità .

All' accoglienza in Cure Intermedie l'infermiere che avvia il processo assistenziale diventa il referente per la persona. La presa in carico coinvolge sia il soggetto che la famiglia e, a tale scopo, il piano assistenziale è condiviso in briefing con il medico di continuità assistenziale ed il MMG, il quale effettua il primo accesso in struttura entro le prime 24/48 ore.

La pianificazione della dimissione della struttura di cure intermedie avviene entro il 5° giorno dalla data di dimissione prevista, attraverso una segnalazione alla Centrale Assistenza Territoriale.

Il team multiprofessionale operante nella struttura (infermiere referente delle cure intermedie, il Coordinatore Infermieristico, Medico di guardia , medico di comunità , ed eventualmente il medico specialista che ha seguito il caso fisiatra/geriatra, fisioterapisti), pianifica la dimissione attraverso un debriefing al quale partecipano anche i familiari e/o la stessa persona assistita .

Al momento del ritorno al proprio domicilio l'infermiere referente redige una relazione infermieristica di dimissione che sarà fornita al paziente e al Medico di guardia e, se necessario agli infermieri dell'assistenza domiciliare per garantire il raggiungimento degli obiettivi assistenziali a lungo termine.

9.4 I modelli che sono entrati a far parte della letteratura infermieristica

I modelli organizzativi si sono evoluti nel corso degli anni influenzati dal contesto economico, sociale e tecnologico , verso i quali continuano a tuttora la sfida . Gli infermieri dell'America Settentrionale e di gran parte dell'Europa per adeguarsi ai numerosi cambiamenti, organizzativi, economici , e tecnologici , cui è assistito negli ultimi decenni hanno progettato

ed utilizzato diversi sistemi di erogazione delle cure, per rispondere alle esigenze dei sistemi sanitari e all'evoluzione bisogni degli utenti .

Numerose ricerche a livello internazionale, individuano nell'evoluzione delle competenze e del ruolo infermieristico la svolta positiva verso sistemi sanitari migliori. In paesi in cui il sistema sanitario si basa sul libero mercato , come quello USA, in cui un servizio funziona se efficace ed efficiente , agli infermieri sono state addirittura distribuite competenze avanzate nel campo "*dei processi di diagnosi cura e riabilitazione sui professionisti adatti per competenza senza utilizzare elevate conoscenze per attività sanitarie di media difficoltà"*

I modelli che sono entrati a far parte della letteratura infermieristica, sviluppatisi per lo più negli Stati Uniti e nel Canada ed in Inghilterra sono: **il modello funzionale o per compiti** *(Functional Nursing)* **, il modello per piccola equipe** *(team nursing)* **,** *il case management* o **gestione del caso.**

Nel contesto del Servizio Sanitario Nazionale e in modo più estensivo alla persona , si sta assistendo ad una significativa evoluzione dei componenti organizzativo ed assistenziali conseguenti all'oggettivo manifestarsi di alcuni fenomeni , legati in particolare , all'aumento dell'età media della popolazione con fragilità e malattie cronico degenerative , a cui si associa la costante e profonda evoluzione scientifica e tecnologica . Ciò rende necessario ridefinire gli ambiti di cura e di assistenza perseguendo processi basati sulla continuità , data dai percorsi assistenziali , tenendo da un lato , a standardizzare e sistematizzare le principali prestazioni e dall'altro ponendo le basi per personalizzare l'assistenza .

Le sfide che dovranno essere affrontate nell'immediato futuro del Servizio Sanitario Nazionale (sostenibilità , equità, appropiatezza, efficacia, efficienza, consenso) , inducono ad affrontare alcuni problemi al fine di raggiungere gli obiettivi del sistema indicati nel Piano Sanitario Nazionale e dei rispettivi Piani Regionali . In questo quadro è quindi necessario un approccio più " solido" ed " ambizioso" nella ridefinizione dei modelli organizzativi e, soprattutto , nell'innovazione e ridefinizione dell'assistenza primaria , ancora prevalentemente orientata a servizi " tradizionali" anziché "di iniziativa".

Considerando il nuovo scenario degli ospedali italiani ed il loro complesso funzionamento si pone con evidenza la necessità del lavoro interdisciplinare e multi professionale all'interno delle attività clinico – assistenziali dirette alla tutela della salute degli individui e della collettività . Tale scenario richiede l'acquisizione di saperi elevati per ciascuna professione dell'equipe e competenze integrate tra le varie professioni per migliorare al massimo cooperazione e collaborazione .

Gestire il personale investendo cultura, formazione e sensibilità , significa ridurre i costi

aziendali , perché le persone , sentendosi valorizzate attraverso un approccio lavorativo più umano , si “assentano “ di meno, subiscono meno stress e sono quindi più motivate a lavorare. La gestione delle risorse umane rappresenta quindi uno degli aspetti più importanti della nuova cultura organizzativa infermieristica ed assume un ruolo ancora più centrale in un momento di cambiamento che vede il passaggio ad un’organizzazione sanitaria basata sul consenso sia degli utenti esterni che degli utenti interni .

Consenso che si può ottenere solo se il cittadino utente e l’infermiere si sentono riconosciuti e valorizzati come soggetti responsabili e artefici del proprio processo produttivo .

9.5 Il modello funzionale o per compiti rappresenta uno dei più vecchi modelli organizzativi . Sebbene da un punto di vista concettuale appaia ormai obsoleto , rimane tuttavia il sistema predominante in Italia , in quanto risponde all'esigenza di ottenere il massimo numero di prestazioni con un numero esiguo di risorse , garantisce una certa efficienza, richiede un tempo limitato per la pianificazione delle attività , e permette un buon controllo sulle stesse..

Tale modello si basa sull'assegnazione di compiti routinari e specifici al personale infermieristico e di supporto. Gli infermieri compiendo sempre lo stesso piano di lavoro e gli stessi compiti tecnici acquisiscono esperienza e velocità in quella specifica mansione o procedura .

Il livello assistenziale si basa sulla ripetizione di un protocollo procedurale o assistenziale , escludendo e sottovalutando completamente la presenza di tanti altri bisogni del paziente : emozioni , ansia, psiche sono concetti completamente avulsi da un sistema simile in cui il paziente ha il solo compito di integrarsi al meglio al perfetto ingranaggio di tempi ed esecuzioni del personale infermieristico.

Trattasi di un modello che presenta numerosi vantaggi e svantaggi:

Vantaggi

- Richiesta di un numero limitato di risorse di personale e di materiale
- Assegnazione di compiti ben definiti : è dunque possibile utilizzare persone con qualifiche inferiori o con poca esperienza per espletare compiti più semplici
- elevato grado di abilità e rapidità nell'eseguire attività ripetitive
- controllo diretto delle attività svolte
- Assenza di sovrapposizione delle attività

Svantaggi

- Perdita della visione globale della persona

- Estrema frammentazione delle cure
- Approccio meccanicistico e impersonale
- Comunicazione frammentaria tra infermieri
- Impossibilità di applicare appieno il processo di assistenza infermieristica e conseguente insoddisfazione del paziente
- Impossibilità di valutare i risultati dell'assistenza infermieristica

9.6 Modello per piccola èquipe *(Team Nursing)*

Il modello organizzativo denominato (generalmente in Italia) come Piccola Equipe è meglio conosciuto all'estero come modello per *Team Nursing* . Il modello è costruito sulla base di un team assistenziale .

Un team leader (o responsabile d'equipe) e il suo team forniscono assistenza ad un gruppo di pazienti in uno specifico turno di servizio . Il concetto sulla quale si basa questo modello è quello della creazione di piccoli gruppi di infermieri e personale di supporto che siano responsabili dell'assistenza di un piccolo gruppo di pazienti. Questo modello pone le basi per la creazione di una assistenza incentrato sull'individuo.

L'assistenza per team nursing è paziente – centrica , l'assistito viene posto come centro del processo assistenziale ed in base alle proprie competenze tutti i professionisti lavorano intorno a lui . I componenti del team rispondono al responsabile di equipe, che gestisce usando il processo di management: pianifica , organizza, dirige e controlla ; stabilendone le priorità in base alle proprie scelte e responsabilità .

Questo sistema implica e permette di lasciare il team leader libero di occuparsi della gestione del reparto . La novità principale di questo modello è l'introduzione dei piani assistenziali che vengono elaborati con la partecipazione di tutta l'equipe, stabilendo i bisogni assistenziali , gli obiettivi e gli interventi cercando di realizzare una assistenza più continuativa possibile. I piani di assistenza vengono valutati ed eventualmente modificati durante la riunione giornaliera del team. Tale modello organizzativo comporta :

Vantaggi:

- Assistenza infermieristica personalizzata
- Continuità assistenziale sempre garantita
- Qualità
- Maggiore soddisfazione ed aumento motivazionale del team e del leader
- Valorizzazione delle competenze del team leader e controllo del personale di supporto

Svantaggi:

- Applicazione del modello solo durante le ore diurne e prevalentemente nel turno del mattino
- Instabilità nella composizione dell'equipe , a causa della rotazione degli operatori
- Rischio reale che i team eroghino assistenza funzionale nel caso in cui i compiti prevarichino il piano assistenziale
- Aumento dei tempi di coordinamento e comunicazione .

9.7 Modello Francese

Su tale modello riportiamo due esperienze del modello per equipe svoltesi in Francia e in Inghilterra. In Francia , a Lione , all'Ospedale La Croix Rousse il modello per equipes fu adottato nel 1978. In quell'anno veniva anche istituito " *linfermier General* , figura che ricopre una posizione chiave nell'organigramma dell'ospedale , cui è assegnata la responsabilità globale dell'assistenza infermieristica a livello centrale e veniva istituito un servizio infermieristico . Il reparto preso in esame , una cardiologia, è stato suddiviso in due settori in base alla topografia del reparto .

Il personale risultava composto da :

- Una surveillante (caposala)
- Quattro infermieri
- Due assistent hospitalier
- Tre aide–soignat
- Quattro agentesde services hospitalier (che svolgono funzioni di sorveglianza notturna) .

Ogni equipe si occupa mediamente di otto malati . L'equipe è composta da un infermiere e due *aide-soignant* (che collaborano con l'infermiere nell'assistenza ai malati) o *u*n aide-soignat e un assistant hospitalier (con mansioni di pulizia e trasporto; che aiuta l'infermiere e l'aiuto-infermiere nelle attività di assistenza)

In generale agli infermieri viene assegnato lo stesso settore per tutti i giorni lavorativi , gli altri operatori collaborano con le due capo-equipe, senza essere assegnate ad una delle due zone operative.

Il modello è attuato dal lunedì al venerdì solo la mattina, poiché gli infermieri operano nei turni diurni , e si tende a concentrare i riposi il sabato e la domenica . In questi giorni il pomeriggio è operativo un solo infermiere .

L'orario di servizio oltre ad essere differenziato per le varie qualifiche di operatori, prevede circa un'ora di sovrapposizione del turno mattina/pomeriggio , durante la quale si svolge la

riunione infermieristica, si effettua il passaggio delle consegne e la discussione dei singoli casi.

Alla riunione a volte partecipa anche il medico del reparto. Sul piano della qualità dell'assistenza , l'osservazione diretta e i giudizi espressi dagli operatori hanno confermato un aumento della qualità assistenziale , riconducibile alla possibilità di impostare correttamente un piano di assistenza personalizzato da parte del capo-èquipe , alla sistematicità delle riunioni di reparto ed agli efficaci strumenti informativi.

Il modello organizzativo inoltre ha aumentato la soddisfazione del personale e migliorato il clima tra gli operatori, per cui non sono state segnalate particolari situazioni di conflittualità

9. 8 Modello inglese : Gran Bretagna

I dati di questa esperienza sono stati raccolti presso il reparto di Medicina Generale dell'ospedale Qeen Elisabeth di Welwyn Garden a 30 Km da Londra .

In questo reparto come del resto in tutto l'ospedale , il modello per equipe e la relativa suddivisione del reparto in due settori era stata avviata da diversi anni .

Il reparto comprende 28 posti letto . Il personale in servizio del reparto risulta composto:

- Due Wanrd Sister (caposala)
- Quattro infermieri diplomati a tempo pieno e un part-time
- Un house – keeper (maggiordomo che ha la funzione di controllare il buon funzionamento delle attività di comfort del malato)
- Tre cleaners (addetti alla pulizia del reparto sotto il controllo della caposala)

I turni sono organizzati in modo da poter disporre , in media, di 6 persone di cui almeno due nel turno della mattina , e cinque nel turno pomeridiano, sia per i giorni feriali che per i giorni festivi. Il reparto è stato diviso in due secondo criteri topografici. Al team leader spetta il compito di distribuire il lavoro tra i vari operatori .

Il modello per equipe a detta degli operatori e dall'osservazione diretta degli autori , sicuramente un utile ed idoneo presupposto organizzativo per la personalizzazione dell'assistenza Il modello inglese rispetto a quello francese è aderente ai principi teorici ed è stato attivato da diversi ospedali; ciononostante i piani di assistenza personalizzati non sono usati sistematicamente

9.9 Primary Nursing

Il primary nursing può essere definito come la naturale evoluzione dell'assistenza infermieristica da un modello per compiti ad un modello di assistenza personalizzata e fondata da principi umanistici , pone le basi per una nuova pratica infermieristica , basata sulla

relazione umana e guidata dalla professionalità ed autonomia infermieristica. Marie Manthey , madre del modello è l'infermiera ricercatrice che " sostiene che il primary nursing sia un approccio logico al prendersi cura delle persone ammalate nel modo in cui noi vorremmo essere curati se fossimo ammalati".

Non si limita come il modello funzionale (per compiti) o quello per piccola equipe alla risoluzione puramente tecnica e operativa del processo terapeuticodel malato, ma sfrutta completamente le abilità degli infermieri attraverso una modalità di responsabilizzazione verso il paziente.

L'intuizione della Manthey fu quella di assegnare la completa responsabilità assistenziale del paziente nelle ore 24 ore a diversi professionisti distinguendoli tra infermieri referenti o tutor e gli infermieri associati.

A differenza dei vecchi modelli , in cui l'assistenza è erogata per compiti , non molto dissimile da una catena di montaggio (terapia, igiene, visite mediche , trasferimenti, ecc…) il primary nursing supera il progetto terapeutico centrando il processo da operatore-centrico a paziente –centrico.

L'infermiere Referente (o anche di riferimento) dovrà quindi occuparsi di rispondere dei bisogni del paziente in maniera totale (non è esentato dalle proprie responsabilità quando non in turno). Il referente è operativamente referente della qualità dell'assistenza erogata al paziente per tutto l'intero arco di tempo in cui quest'ultimo si trova fisicamente in reparto . Il resto del team dovrà portare avanti , in assenza del referente , il progetto da lui pianificato.

L'infermiere di riferimento pianifica le attività assistenziali nella documentazione determinando una linea di continuità nel percorso di cura .

L'infermiere associato sarà colui che dovrà continuare quanto pianificato , mantenendo la sorveglianza sulle problematiche aperte. Nel caso in cui le condizioni del paziente subiscano variazioni improvvise, l'infermiere associato può effettuare un cambio della pianificazione condividendo poi le informazioni con il collega di riferimento .

Essenziale parte del modello , è la piena accettazione da parte del professionista delle responsabilità a lui attribuite dall'ammissione fino alla dimissione del paziente.

Aree di applicazione delle responsabilità :

- La raccolta e diffusione delle informazioni riguardanti il paziente ; la decisione di quali e quante informazioni siano necessarie per le cure del paziente sono determinate dall'infermiera di riferimento.
- La decisione di come si debba attuare il piano di cura e quindi la stesura della

pianificazione assistenziale , che deve diventare la guida per i colleghi che collaboreranno nel piano assistenziale. Le attività di cura saranno guidate dalla scelta dell'infermiere responsabile e condivise pienamente con il paziente.

- La pianificazione precoce della dimissione per dare garanzia di continuità delle cure e per garantire al paziente e ai familiare un rientro al domicilio o un trasferimento ad un'altra struttura più sicuro e agevole .

9.10 Modello *case management*- Modello di gestione del caso :

Risponde ai principi della Community Care , la migliore assistenza possibile per il minor costo e con la maggior efficacia. Sistema in cui un professionista (case manager) assume il ruolo di gestore del singolo caso diventando la figura di riferimento per il paziente , i famigliari e altri operatori sanitari con la funzione di spiegare il percorso , garantire e coordinare l'applicazione , aiutare a superare i punti critici

Principio organizzativo: Responsabilizzazione professionale rispetto alla globalità del percorso assistenziale

- Assistenza Diretta **:** Concepita come governo di un percorso complesso e multiprofessionale
- Interazione tra operatori **:** Fondamentale secondo la logica del team di lavoro e della progettazione assistenziale accompagnata da scambi continui e confronti diretti
- Responsabilità **:** L'infermiere "case manager" assume la responsabilità diretta del governo del percorso assistenziale del paziente.
- Controllo **:** Fondato sulla documentazione scritta e sulla supervisione del "case manager".
- **Vantaggi :** Maggiori soddisfazioni per i pazienti e staff , migliore qualità assistenziale , continuità nelle cure e conosenza più approfondita delle persone.
- **Svantaggi** : Richiede un maggior numero di infermieri , richiede indipendenza e responsabilità , richiede una organizzazione complessiva per percorsi

9.11 Assistenza modulare o per settori :

A differenza del team nursing l'infermiere non si limita a dirigere gli altri membri del gruppo , ma eroga direttamente l'assistenza con il loro aiuto (oss) ad una parte dei pazienti. Ad ogni modulo (102-12 pazienti) è assegnato un piccolo gruppo di operatori.

9.12 Assistenza per cellule : Le cellule si differenziano dai tradizionali reparti ospedalieri perchè non sono suddivise per specialità ma sono disegnate per accogliere un alto numero di

pazienti con caratteristiche e bisogni simili.

- L'utilizzazione del personale deve rispondere a criteri di efficienza ed efficacia .
- Il coordinatore dovrà essere affiancato da un infermiere che nelle situazioni più delicate si occuperanno del percorso assistenziale (ambulatori, pre-ospedalizzazione, ricovero, intervento, degenza, dimissione, assistenza territoriale, follow – up) .

Cap. X : LA LEAN PRODUCTION

Modello organizzativo che sta prendendo piede anche in Sanità. Il termine produzione snella: *lean production* è stato ideato nel 1990 dai ricercatori del *MIT Womack e Jones*, nel loro best-seller "La Macchina che ha cambiato il mondo", in cui illustrano il sistema di produzione che ha permesso all' azienda *giapponese Toyota* di ottenere risultati di vendita di automobili nettamente superiori a tutti i concorrenti del pianeta.

Da allora, migliaia di organizzazioni eccellenti nel mondo hanno adottato il modello lean, nell'industria come nei servizi, in quanto applicabile a tutti i processi operativi, quindi non solo strettamente produttivi, ma anche logistici, amministrativi, o di progettazione e sviluppo prodotto. Negli anni il modello della lean production è stato affinato, assumendo anche altre denominazioni, quali lean organization, lean manufacturing, lean service, lean office, lean enterprise e persino lean thinking (pensiero snello), a indicarne la natura di "filosofia" industriale che ispira sostanzialmente tutti i metodi e le tecniche.

10.1 . Definizione

La produzione snella (lean production) è un insieme di principi, metodi e tecniche per la gestione dei processi operativi, che mira ad aumentare il valore percepito dal cliente finale e a ridurre sistematicamente gli sprechi. Questo è possibile solo con il coinvolgimento di persone motivate al miglioramento continuo.

L'obiettivo della Produzione Snella è "fare sempre di più con sempre di meno":

- meno tempo
- meno spazio
- meno sforzo
- meno macchine
- meno materiali.

Il mondo dell'industria ha visto, negli ultimi decenni, un'evoluzione che ha spostato il focus della produzione dai costi alla qualità e al tempo, per arrivare a capire che tutti e tre questi aspetti dovevano essere considerati insieme e ricondotti a un unico punto di riferimento: il valore, così come viene percepito dal cliente .

10.2 Principi del Pensiero Snello *(Lean Thinking)*

Il concetto di *Lean Thinking* sottolinea come il lean, oltre che un metodo da applicare, sia innanzitutto una forma mentis, cioè il modo di pensare che ispira il metodo stesso. Il Lean si fonda su cinque principi:

➔ **Valore*(Value).*** Il punto di partenza è sempre la definizione del valore secondo la prospettiva del cliente. Valore è solo quello che il cliente è disposto a pagare; tutto il resto è spreco e va eliminato.

➔ **Mappatura *(Mapping).*** Per eliminare gli sprechi occorre "mappare" il flusso del valore, ovvero delineare tutte le attività in cui si articola il processo operativo distinguendo tra quelle a valore aggiunto e quelle non a valore aggiunto.

➔ **Flusso *(Flow).*** Il processo di creazione del valore è visto come un flusso, che deve scorrere in modo continuo, con relativa riduzione dei tempi di attraversamento (lead time) del materiale.

➔ **Produzione"tirata*"(Pull).*** Soddisfare il cliente significa produrre solo quello che vuole, solo quando lo vuole e solo quanto ne vuole. La produzione è così "tirata" dal cliente, anziché "spinta" da chi produce.

➔ **Perfezione *(Perfection).*** La perfezione è il punto di riferimento a cui si deve tendere senza fine attraverso il miglioramento continuo, e corrisponde alla completa eliminazione degli sprechi.

Figura n 1 :raffigurazione delle fasi del processo di analisi

10.3 Gli sprechi (muda)

È spreco tutto ciò che consuma risorse, in termini di costo e tempo, senza però creare valore per il cliente. Nella cultura giapponese, il concetto di spreco (muda) ha un significato etico simile a quello occidentale del peccato, ed è perciò forte la motivazione a evitarlo. Essi sono inoltre classificati in sette tipologie , tra cui la più grave è la sovrapproduzione, in quanto è all'origine degli altri tipi di sprechi, in particolare delle scorte, dei difetti e dei trasporti.

figura n2 : raffigurazione dei 7 tipi di spreco

10.4 Perchè applicare *il Lean* in sanità:

Il lean thinking è una strategia di gestione applicabile a tutte le organizzazioni in quanto le stesse, incluso quelle sanitarie, sono composte da una serie di processi o da insieme di azioni, orientate a creare valore per coloro che le utilizzano o dipendano da essi.

Il cliente in lean sanità diventa il paziente ed e i 5 principi di base diventano:

- *value*: definire il valore dal punto di vista del paziente
- *mapping:* mappare il flusso del valore ed identificare attività non a valore per il paziente
- *flow*: creare il flusso per ridurre il lead time e organizzare per processi
- *pull*: la produzione dei servizi è tirata dal paziente
- *perfection:* inseguire lo zero " difetti"

Il confronto tra sistemi tradizionali verso i sistemi lean:

Sistemi tradizionali	Sistemi *lean*
L'operatore al primo posto	Il paziente al 1° posto
Aspettarsi degli errori	Lavorare per lo zero difetti
Formazione personale implicita	Formazione personale esplicita
Efficienza prospettata	Efficienza rigorosamente misurata
Riduzione dei costi	Riduzione degli sprechi
Verifiche qualitative a posteriori	Verifiche qualitative in tempo reale
Il management supervisiona	Il management scende in campo

10.5 L'uso dell'analisi *FMEA/FMECA: Failure Mode and Effect Analysis/Failure Mode and Effect Criticality Analysis*** di seguito , che prevede una mappatura dei processi per individuarne proattivamente i rischi, è una tecnica di analisi utilizzata nelle "organizzazioni ad alto rischio", come per esempio centrali nucleari, industrie aerospaziali, ecc.; da circa un decennio è applicata anche in contesti sanitari, al fine di individuare e trattare i potenziali rischi presenti nei processi clinico-assistenziali, con l'obiettivo di prevenire gli errori e gli incidenti prima del loro accadimento . *La FMEA*, infatti, ha iniziato a essere utilizzata negli anni '60 nell'industria aerospaziale, per essere poi adottata, attorno agli anni 2000, anche in ambito sanitario, sia in setting specifici, come l'ambito ostetrico-ginecologico , sia, per esempio, nel processo di terapia farmacologica ad alto rischio, nel processo trasfusionale, in Pronto Soccorso.

L'applicazione della *FMEA/FMECA* si compone solitamente **di 5 step :**

1. scelta del processo critico da analizzare;
2. costituzione del team multidisciplinare;
3. raccolta e organizzazione delle informazioni inerenti il processo da sottoporre ad analisi;
4. conduzione dell'analisi dei rischi;
5. sviluppo e implementazione delle azioni di miglioramento e monitoraggio degli outcome.

La scelta del processo critico da analizzare è generalmente influenzata dalla sua complessità e dalla pericolosità sulla sicurezza del paziente. È opportuno che il team, coordinato da un leader, sia multidisciplinare e composto da professionisti con compiti diversi, ma tutti esperti del processo da analizzare. Successivamente, il team scompone il processo nelle diverse fasi e attività e in una flow chart viene rappresentato "ciò che accade realmente" nella pratica.

Fig. n. 3 la partecipazione all'analisi

10.6 La visualizzazione e l'ordine delle scorte

- Organizzare le scorte del magazzino rendendole visibili e facilmente distribuite :
- Ordinare i magazzini di reparto accumulando vicino alla postazione di lavoro la giusta quantità di tutto ciò che serve per lavorare (materiali, strumenti, materie prime, ecc.)
- Fare in modo che siano facilmente disponibili informazioni, standard di riferimento e procedure. E' appropriato in tal caso l'uso di una cartellonistica di avviso cosiddetti Kamban, importanti per scadenze, lotti, rischi sull'utilizzo dei farmaci.

figura n 4 : i magazzini a vista

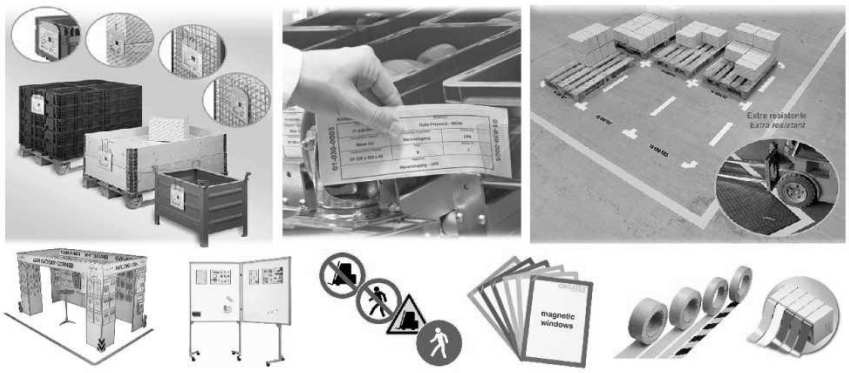


figura n 5 : I cartellini di avviso: kamban

10.7 Il *Kaizen*

E' una strategia di management giapponese che significa "cambiare in meglio" o "miglioramento lento e continuo": un credo che si basa sulla convinzione che tutti gli aspetti della vita possano essere costantemente migliorati. Deriva dalle parole giapponesi *"kai"* che significa "continuo" o "cambiamento" e "*zen*" che significa "miglioramento", "meglio".

L'aspetto più importante del *Kaizen* è proprio il processo di miglioramento continuo che c'è

alla base. Si tratta di un metodo *soft* e graduale che si oppone alle abitudini occidentali di eliminare ogni cosa che sembra non funzionare bene per rifarla da capo.

10.8 La *Value Stream map* :

Visual management: mappare cioè mantenere tutto ciò che serve (pezzi, parti, file, informazioni) ben in vista e segnalare in maniera chiara l'avanzamento del processo e i suoi indicatori in modo che con un semplice sguardo chiunque possa capire in quale stato si trova il sistema . Strumento utile per esempio alla visualizzazione della copertura dei posti petto da mantenere liberi per il pronto Soccorso, usato spesso dalla Direzioni di Presidio degli Ospedali, la mappatura del flusso del valore è il primo, e forse più importante, strumento *Lean*.

E' il primo da utilizzare in ordine di tempo, perché indica dove è più opportuno applicare gli altri, ed è fondamentale per il successo dell'implementazione, perché permette di costruire un solido e comprensivo piano di azione . Nell'introduzione al volume *"Learning to See*" del 2003*, Jim Womack e Dan Jones* sottolineano come, nella diffusione del *Lean Thinking* nel mondo occidentale, il percorso intrapreso non sia stato quello "classico":

Trovare il *Change Agent*
Individuare esperti o altri enti che abbiano già usato gli strumenti, da cui
Imparare
Creare *"burning platform*" (motivazione al cambiamento)
Mappare il flusso dei prodotti
Individuare da dove partire a rimuovere sprechi e creare valore

In realtà, presi dall'"urgenza" di eliminare sprechi, spesso il 4° passaggio, appunto "la mappatura del flusso" , veniva spesso saltato. Si dava per scontato, "tanto si sa dove sono i problemi"
Chiunque abbia "subito" questo approccio, all'interno di una realtà aziendale, sa quanto possa essere destabilizzante e, purtroppo, anche poco credibile: è abbastanza irritante vedersi arrivare l'esperto di turno alla scrivania, che annuncia fiero "facciamo il 5S!", quando tu pensi che ci sarebbe bisogno di altro, nella tua area.

Questo approccio aumenta esponenzialmente le probabilità che lo strumento presentato venga visto come "la moda del mese", e non come una effettiva opportunità di miglioramento. Dal punto di vista del consulente, interno o esterno, che ha appunto il compito di "diffondere gli strumenti", saltare questo passaggio significa perdere una fantastica opportunità di capire il processo, e quindi essere inevitabilmente condannati ad una efficacia inferiore,

nell'implementazione degli altri strumenti, nonché ad una resistenza superiore da parte del personale operativo. Quindi, la mappatura del *Value stream* è il modo migliore per identificare dove sono le più significative opportunità di miglioramento, nonché quello che è più probabile non venga usato da chi fa "finte" implementazioni *Lean* .

10.9 *Gli spaghetti Chart:*

I processi organizzativi in un ospedale o nelle usl in genere sono molto complessi, effettuare un'analisi delle varie sequenze e delle fasi attraverso un grafico ci consente di mettere in evidenza gli sprechi del valore tempo/ energia all'interno dei diversi settori di produzione.
Se volessimo ad esempio abbattere i tempi di attesa dei pazienti , possiamo annotare tutti gli spostamenti fatti dal personale sanitario all'interno del reparto: lo strumento grafico più adatto alle nostre esigenze è lo *spaghetti chart* :seguendo passo dopo passo l'operatore che lavoro ad esempio in un laboratorio analisi, si potrà mettere in evidenza se l'operatore nella gestione del suo lavoro esegue un percorso lineare, o se è costretto a ritornare sui propri passi
con evidente spreco di risorse, materiali e di tempo. Questa descrizione grafica ci permetterà di capire come gestire meglio gli spazi dei locali presenti in un settore per minimizzare i tempi ed i flussi del personale stesso, consentendo un flusso continuo delle varie fasi di processo.

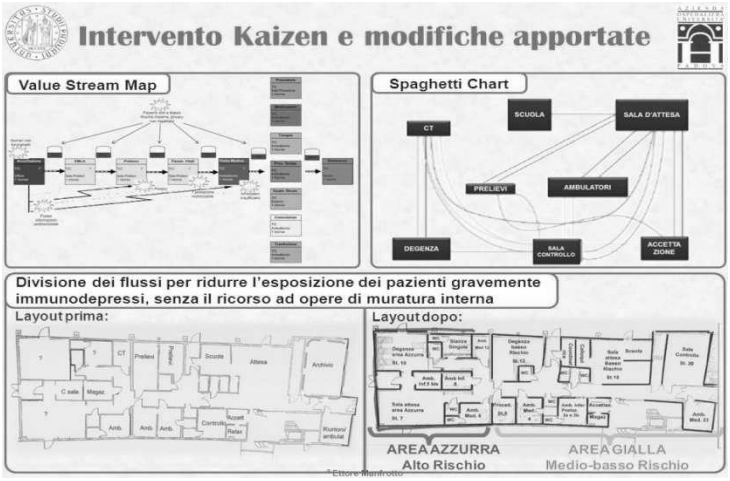


figura n 6: esempio di processo Kaizen

10.10 I *Visual Panels*

Può essere utile anche sfruttare tecniche di controllo visivo, che consentono di conoscere in qualsiasi momento lo stato di avanzamento del paziente nel processo. Uno dei mezzi più immediati è rappresentato da **Visual panels** (digitali o meno) che riportino il nome di ciascun

malato presente in quel momento all' interno di un settore,altresì le prestazioni per le quali ogni paziente è in attesa. Ciò viene realizzato assegnando forme e colori (precedentemente concordati da tutto il personale) ai pazienti, in modo che il personale sia in grado di valutare la priorità da assegnare dando una veloce e semplice occhiata al pannello

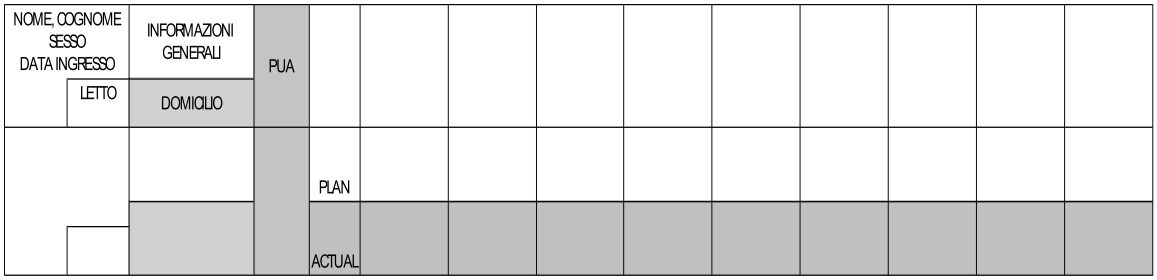


figura n 9 : Pannello di Visualizzazione occupazione posti letto in un settore di degenza

Cap. XI PROJECT WORK: Esperienza maturata nel Presidio Ospedaliero di Livorno

" LA RIORGANIZZAZIONE DEI SETTORI DI DEGENZA IN AREA MEDICA IN OCCASIONE DEL TRASFERIMENTO DEGLI STESSI AL II PADIGLIONE DEL PRESIDIO OSPEDALIERO DI LIVORNO"

LIVORNO. Inaugurato questa mattina, lunedì 22 maggio, dall'assessore regionale alla Salute, **Stefania Saccardi**, il nuovo II padiglione dell'ospedale di Livorno.

Premessa:

In questa parte finale della mia tesi mi premeva mettere in evidenza un progetto a cui ho lavorato presso il Presidio Ospedaliero di Livorno, che prevedeva il trasferimento di tutta l'Area Medica di degenza nel padiglione nuovo, si ravvedeva quindi la necessità di pianificare la gestione della cura e dell'assistenza nei nuovi locali, con l'esigenza di mettere in funzione un nuovo setting di degenza di 16 posti letto al piano terra, che non trovavano allocazioni nei piani superiori , essendo il padiglione diverso rispetto al vecchio.

La valutazione di questo progetto ha visto la partecipazione attiva di tutti i professionisti che venivano coinvolti dal trasferimento, e la sua attuazione, che è avvenuta in modo esemplare, senza grosse criticità si è ottenuta con il contributo di tutti, dalla Direzione di Presidio,alla Direzione di Dipartimento Infermieristico e Medico, alle ditte in forza al Presidio, ai colleghi tecnici, amministrativi ed operai .

INTRODUZIONE

Il Presidio Ospedaliero di Livorno è organizzato come Ospedale per Intensità di Cura e l'Area Medica di Livorno prevedeva già l'unione di tre UU.OO: Pneumologia-Neurochirurgia -Medicina interna con 112 posti letto.

Il nuovo padiglione presenta la necessità strutturale di collocare un setting di degenza anche al piano terra, mentre prima le degenze erano collocate sui vari piani

Il nuovo setting prevede la necessità di personale infermieristico ed oss di nuova istanza con ricollocamento nelle varie posizioni di lavoro**.**

L' Obiettivo che ci siamo posti è quello di raggiungere **l'**ottimizzazione del personale Infermieristico ed OSS afferente ai settori di degenza dell'Area Medica del 2° Padiglione e adozione del modello che prenda in considerazione l'attuazione dell'**assistenza infermieristica** secondo il modello ***Primary Nursing***, al fine di ottenere quanto descritto nella premessa, si elencano tutti i processi che devono essere analizzati, in parte riorganizzati , concordati e trasmessi **:**

1. Descrivere come si realizza l'Intensità di Cure in Area Medica
2. Descrivere il numero dei posti letto assegnati al setting
3. Descrivere le attività clinico-assistenziali relative alle diverse discipline mediche
4. Descrivere la tipologia delle necessità assistenziali dei pazienti assegnati ai diversi setting
5. Descrivere l'organizzazione dell'attività clinica nei diversi setting
6. Descrivere l'organizzazione delle Professionalità Infermieristiche ed OSS attribuite

7. Identificare il Personale Infermieristico assegnato

8. Descrivere il modello organizzativo assistenziale adottato : "Primary Nursing"

9. Descrivere la modalità d'ntegrazione Medico - Infermieristica

10. Identificare e descrivere le procedure e le istruzioni operative

11. Identificare e descrivere le Responsabilità dei Professionisti

Cap. I DESCRIZIONE DELLE FASI DEL PROJECT WORK:

Raccolta dati

1.1 -Analisi dei modelli organizzativi assistenziali in essere nei settori già esistenti

1.2 - Analisi delle posizioni di lavoro

1.3 - Analisi delle *jobs description* dei vari professionisti

1.4 – Calcolo del fabbisogno delle risorse Infermieristiche ed OSS

1.5 - Necessità di formulare un piano formativo utile a supportare il processo di cambiamento

Pianificazione degli interventi :

Elaborazione dei nuovi piani di lavoro in modalità partecipativa con incontri degli operatori (il nuovo piano di lavoro prevede la presenze sia dell'Infermiere Tutor che dell'Infermiere Associato con ruolo e competenze distinte)

Elaborazione delle nuove posizioni di lavoro *(le jobs description*, i piani di lavoro ed i piani di attività di ogni professionista descrivono le attività che ciascuno attua nelle varie posizioni di lavoro. Attualmente tali postazioni di lavoro sono identificate nella:

- 1. alta intensità assistenziale
- 2. media intensità assistenziale
- 3. bassa intensità assistenziale (livello 3)

Elaborazione e Pianificazione del piano di formazione ed addestramento del personale per gestire le nuove posizioni di lavoro

Verifica degli interventi pianificati e dei risultati alla Posizione Organizzativa **A**rea Medica e alla Responsabile U.O Assistenza Infermieristica

Organizzazione ed Attuazione degli interventi

2 mesi per l'attuazione di incontri formativi in aula per la conoscenza e discussione del

piano del modello assistenziale preso in considerazione con i vari professionisti (1 incontro settimanale di due ore e che preveda la partcipazione non solo infermieritica ed Oss ma anche medica). Al termine degli incontri, inizio piano di addestramento per tutti gli Infermieri che vorranno afferire al settore 2A .

Gestione dei criteri di mobilità concordati con Ufficio Infermieristico per coloro i quali intendono ruotare nelle posizioni di lavoro sopra descritte

- **6 mesi per la sperimentazione del modello**
- **Controllo e valutazione delle fasi di avanzamento del progetto:**
- Monitoraggio dell'apprendimento ogni settimana
- Monitoraggio delle criticità emerse durante l'addestramento ogni settimana
- **Strumenti Utilizzati**
- Riunioni di analisi e pianificazione con i Coordinatori di setting, con i Direttori ed il Personale Medico
- Riunioni con il Personale Infermieristico ed OSS
- Riunioni formative sul livello 2 A

Cap II ***L'INTENSITÀ DI CURE IN AREA MEDICA***

L'attuale Area Medica, che interessa l'unione delle UU.OO. di Medicina Interna, Neurologia e Pneumologia, prevederà il mantenimento di una degenza multidisciplinare, al cui interno sussiste un'area ad alta intensità assistenziale, definita setting 2 A, per differenziarla dal restante livello assistenziale, a media intensità, o setting 2 B.

L'organizzazione prevista è quella secondo la modalità per intensità di cure, con completa realizzazione di tale modello con la creazione del Livello 3 (bassa complessità clinico-assistenziale).

La dotazione dei **posti letti** sarà così composta :

Piano Terreno	**16 posti letto di nuova istituzione**
Piano Primo	**35 posti letto**
Piano Secondo	**35 posti letto**
Piano Terzo	**27 posti letto**

- Ai Quattro Piani, nei setting 2 B, afferiscono pazienti con caratteristiche cliniche tali da richiedere un livello clinico/assistenziale di media intensità

- Al Piano Primo sono previsti 12 posti letto di setting 2 A, di questi **4 sono dotati di sistema di monitoraggio multiparametrico.** Nel complesso accolgono pazienti le cui caratteristiche richiedono un impegno clinico/assistenziale di alta intensità , e che possiamo definire **pazienti clinicamente "instabili".**
- Al Piano Terzo, nei 14 posti letto di livello 3 afferiscono pazienti per i quali non si preveda un percorso diagnostico terapeutico complesso, e per i quali sia stato già individuato il successivo iter assistenziale.

2.1 *POSTI LETTO*

I setting di Degenza, sono organizzati secondo la logica dell'intensità di cure, in una zona ad alta intensità clinico-assistenziale (settore 2 A), in aree a media intensità clinico-assistenziale (setting 2 B) e in una zona a bassa intensità assistenziale (livello 3), situate all'interno dell'Area Medica, con un totale di **N. 113 posti letto** (vedi tabella):

	Medicina	*Neurologia*	*Pneumologia*	*2 A*	*2 B*	*3*	*Tot. Gen.*
Piano Terreno Media intensità	**16**				**16**		**16**
Piano Primo Alta Intensità	**5**	**3**	**4**	**12**			**12**
Piano Primo Media intensità		**12**	**11**		**23**		**23**
Piano Secondo Media intensità	**35**				**35**		**35**
Piano Terzo Media intensità	**13**				**13**		**13**
Piano Terzo Bassa intensità	**14**					**14**	**14**
			Totali	**12**	**87**	**14**	**113**

2.3 *TIPOLOGIE DELLE NECESSITA' ASSISTENZIALI DELI PAZIENTI ASSEGNATI AI DIVERSI SETTING*

Le attività clinico-assistenziali si realizzano in setting differenziati a seconda delle necessità cliniche dei pazienti. La modalità organizzativa assistenziale è per settore, di seguito si descrive in specifico per ogni settore:

Livello 2

All'interno del livello 2 è previsto un'area con più elevata intensità clinico/ assistenziale denominato settore 2 A.

- **Il settore 2 A,** comprende 12 posti letto al Primo Piano, è dedicato a **pazienti con criticità clinico/assistenziali più elevate** ma che non richiede comunque un approccio di Livello 1 (intensivo o sub-intensivo). In tale settore assistenziale oltre al soddisfacimento di tutti i bisogni essenziali del paziente, si effettuano le seguenti procedure : il monitoraggio multi-parametrico, l'emodialisi nei pazienti con **insufficienza respiratoria riacutizzata ipercapnica NIV**, per un massimo di **5 pazienti totali** (sono esclusi i pazienti già in NIV domiciliare).

In questa area insistono le seguenti specialistiche Medicina Interna, Pneumologia e Neurologia. **L'accesso al livello 2 A** avviene in base alla presenza di parametri clinico-emodinamici condivisi dai vari medici che inervengono sul piano di cure.

Il settore 2 A accoglie generalmente pazienti dal PS e dall'OBI, dalla degenza della Medicina Interna, della Neurologia e della Pneumologia, dalla Terapia Intensiva del PO di Livorno, dalle altre UU.OO. del P.O. di Livorno e dagli altri Presidi della Rete Ospedaliera.

- **Nel settore a media complessità 2 B** vengono assistiti pazienti con stabilità clinica provenienti dal PS e dall'OBI, dal settore 2 A, dalle altre Unità Operative del Presidio Ospedaliero.

Il setting 2 B è presente al Piano Terreno, al Secondo Piano e al Terzo Piano
(posti letto assegnati alla Medicina Interna) e in parte del Primo Piano (posti letto assegnati Alle UU.OO. Neurologia e Pneumologia).

Livello 3

Nel Livello 3, settore a bassa intensità, afferiscono pazienti per i quali **non si preveda un percorso diagnostico-terapeutico complesso,** né frequenti variazioni della terapia, e per i quali sia stato già individuato il successivo iter assistenziale.

I pazienti assistiti nel Livello 3 possono effettuare terapia endovenosa, nutrizione parenterale totale, nutrizione enterale, e necessitare di elevate risorse assistenziali di base.

Questi pazienti possono essere in attesa di attuazione di percorsi territoriali (Ospedale di Comunità, Hospice, ADI), peraltro precocemente attivati nel livello 2 con il coinvolgimento dell'ACOT (Agenzia Continuità Ospedale Territorio) e o di trasferimento in Centri di Riabilitazione.

2.4 ORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITA' CLINICHE NEI DIVERSI SETTING

PRESENZA DEL MEDICO TUTOR NEL TURNO DEL MATTINO (8.00 – 14.00)

(lunedì-sabato)

Piano	*posti letto*	*setting*	*medico*	*N.*
Terreno	16	2 B	Internista	1
Primo	5	2 A	Internista *	1
Primo	4 11	2 A 2 B	Pneumologo	1
Primo	3 12	2 A 2 B	Neurologo	1
Secondo	35	2 B	Internista	3
Terzo	13 14	2 B 3	Internista	2

(*) In aggiunta all'attività clinica svolta sui pazienti Internistici già degenti, accetta gli ingressi Internistici del mattino, visita eventuali pazienti in appoggio in altri Padiglioni, evade le Consulenze Internistiche richieste al mattino, si correla con il PS, il Livello 1 e le altre UU.OO. specialistiche per eventuali necessità di ricovero nel setting 2 A, facendosi carico di organizzare la disponibilità del posto letto. Eventualmente supporta il Medico Tutor al Piano Terreno.

PRESENZA DEL MEDICO DI GUARDIA NEL TURNO DEL MATTINO (8.00 – 14.00)

(domenica e festivi)

Piano	posti letto	setting	medico	N.
Primo	4 11	2 A 2 B	Pneumologo	1
Primo	3 12	2 A 2 B	Neurologo	1
Terreno **Primo** **Primo** **Secondo** **Terzo**	16 12 23 35 13 14	2 B 2 A 2 B 2 B 3	Internista	2

PRESENZA DEL MEDICO DI GUARDIA NEL POMERIGGIO (14.00 – 20.00)

(tutti i giorni)

Piano	posti letto	setting	medico	N.
Primo	5 + 4 11	2 A 2 B	Internista o Pneumologo	1
Primo	3 12	2 A 2 B	Neurologo	1
Terreno **Secondo** **Terzo**	16 35 13 14	2 B 2 B 2 B 3	Internista	2

Cap III ***ATTIVITA' DEL MEDICO DI GUARDIA DEL POMERIGGIO***

il Medico di Guardia del Pomeriggio nel setting 2 A (Internista o Pneumologo):

- Riceve le consegne da tutti i Medici presenti nel setting 2 A al mattino (Internista, Pneumologo,Neurologo).
- Comunica al Medico di Guardia del setting 2 B Internista "Bed Manager" i movimenti concordati al mattino e i posti disponibili al 2 A.
- Accetta i ricoveri internistici sul setting 2 A e i pazienti a SDO pneumologica.
- Trasmette le consegne al Medico di Guardia della notte nel setting 2 A.

Il Neurologo di Guardia del Pomeriggio:

- Riceve le consegne dal Neurologo presente al Primo Piano al mattino.
- Accetta i ricoveri di propria competenza, sul setting 2 A e sul setting 2 B del Primo Piano.
- Svolge attività di Consulenza per le UUOO del PO.
- L''attività di Guardia del pomeriggio nel setting 2 B (Piano Terreno, Secondo Piano e Terzo Piano) e nel Livello 3 è svolta da 2 Internisti: Medico di Guardia "Bed Manager" e Medico di Guardia "Accettante".

Il Medico di Guardia "Bed manager":

- riceve dal Medico di Guardia del setting 2 A le consegne relativamente ai posti disponibili e al movimento dei pazienti verso gli altri setting.
- riceve da parte dei Medici del Setting 2 B e del Livello 3 le consegne relativamente ai

posti letto liberi o che si renderanno liberi nel pomeriggio.

- comunica al Medico del PS i posti letto immediatamente disponibili o la cui disponibilità è prevista nel pomeriggio, incaricando gli Infermieri di settore di comunicare l'effettiva utilizzabilità del letto al PS .
- svolge attività di Consulenza per le UUOO del PO.
- è riferimento per il Livello 3, presso il quale dalle ore 18 alle ore 19 si presenta per una verifica dello stato.
- collabora con il Medico di Guardia "Accettante" a gestire i pazienti che giungono a ricovero. partecipa, congiuntamente al Medico di Guardia ""Accettante" a trasmettere le consegne

.**PRESENZA DEL MEDICO DI GUARDIA NEL TURNO NOTTURNO (20.00 – 08.00)**

(tutte le notti)

Piano	*posti letto*	*setting*	*Medico Guardia*	*N.*	*Reperibile*
Primo	5 + 4 11	2 A 2 B	Internista o Pneumologo	1	1 (Internista o Pneumologo)
Primo	3 12	2 A 2 B	Guardia Inter- Divisionale	1 (*) NEU/NCH	
Terreno **Secondo** **Terzo**	16 35 13 14	2 B 2 B 2 B 3	Internista	1	1

Nb: E' attiva una Guardia Inter-divisionale Neurologia/Neurochirurgia, con Reperibilità incrociata.

3.1 REPERIBILITÀ NOTTURNA.

Durante il turno di notte nel Piano Primo se il Medico di Guardia è l'Internista è reperibile lo Pneumologo, quando invece è di Guardia lo Pneumologo è reperibile l'Internista . Per i Piani Secondo, Terzo e Terreno è reperibile tutte le notti un Internista.

3.2 GUARDIA NOTTURNA INTERDIVISIONALE NEUROLOGIA E NEUROCHIRURGICA

È prevista una Guardia Notturna Interdivisionale fra Neurologia e Neurochirurgia, con Reperibilità incrociata. È di Guardia il Neurochirurgo nelle notti dal lunedì al venerdì; è di Guardia il Neurologo nelle notti di sabato e domenica. Il Medico di Guardia staziona al Terzo Padiglione, Primo Piano.

Il Medico di Guardia notturno del 2° Padiglione, Primo Piano (Internista o Pneumologo) dovrà avere le consegne scritte riguardanti lo stato clinico dei pazienti neurologici degenti nei due setting assistenziali 2 A e 2 B. Le consegne vengono trasmesse tutti i giorni dal Neurologo al Medico montante notte al 2° Padiglione, indipendentemente dall'essere il Neurologo presente in ospedale nel proprio turno di guardia notturna presso la Neurochirurgia o Reperibile.

Per i pazienti degenti in carico alla U.O. Neurologia nei posti letto dislocati nel 2° Padiglione

che durante il turno di guardia notturno dovessero presentare una qualsiasi necessità clinica, l'iter da seguire è il seguente:

3.3 L'INFERMIERE IN TURNO coinvolge il Medico di Guardia (Internista o Pneumologo) del Primo Piano.

2) Il Medico di Guardia, in considerazione della storia clinica, della sintomatologia e del quadro clinico complessivo rilevato, provvede direttamente per quanto di competenza.

3) Nel caso che l'evento clinico richieda l'intervento diretto dello Specialista Neurologo-Neurochirurgo, il Medico di Guardia provvede a chiamarlo al 3° Padiglione Primo Piano.

4) Il Medico della Guardia Inter-divisionale (Neurologo o Neurochirurgo) valuta il quadro e provvede per quanto necessario.

5) Nel caso sia di guardia attiva il Neurochirurgo e questi ritenga necessario l'intervento del Neurologo, provvede lui stesso ad allertare il Neurologo in pronta disponibilità.

Per il ricovero di un paziente in un posto letto della Neurologia nelle ore notturne viene richiesta la presenza del Neurologo al momento dell'accettazione. In caso di decesso di un paziente degente in Neurologia durante il periodo di guardia notturna, la modulistica viene compilata dal Neurologo o dal Neurochirurgo di Guardia.

Cap IV *ORGANIZZAZIONE DELLE PROFESSIONALITA' INFERMIERISTICHE ED OSS NEL REPARTO DI DEGENZA*

Il modello assistenziale adottato è il Primary Nursing, che prevede una presa in carico del malato personalizzata, univoca e globale per impostare e seguire il suo progetto di salute.

Tale modello identifica un Infermiere Tutor quale referente per il paziente, sia per gli aspetti assistenziali di base sia per quanto attiene alle risposte assistenziali specifiche per le sue condizioni.

L' Infermiere Tutor assume la responsabilità dell'erogazione di tutta l'assistenza richiesta da un determinato gruppo di pazienti, denominato modulo o settore, per tutta la durata dell'ospedalizzazione. Il modello facilita l'introduzione e l'integrazione degli OSS nei vari setting identificando e diversificando l'assistenza di base da quella avanzata, motivando al contempo i vari operatori responsabili del risultato del piano assistenziale impostato. Ogni settore è una unità distinta e deve essere dotato di tutti i presidi necessari per l'assistenza carrello per la documentazione clinica, carrello terapia, carrello igiene.

4.1 ***II Coordinatore Infermieristico*** sulla base di questo modello organizzativo dovrà garantire che in ogni settore le attività assistenziali siano presidiate dall'infermiere tutor e dall'OSS tutor senza che tali professionisti vengano distolti in altre attività .

Nel lavoro in équipe di Medici e Infermieri si realizza un raccordo dei saperi e delle pratiche che è un elemento fondamentale per garantire la qualità dell'assistenza

4.2 ***L' Infermiere Tutor***

In ciascun settore , in ogni turno (M, P, N), è presente un Infermiere che svolge la funzione di Tutor. La turnazione degli Infermieri prevede che l'Infermiere che svolge la funzione di Tutor in un turno di mattina svolgerà la stessa funzione anche l'indomani pomeriggio e la notte del giorno successivo, così da garantire una sufficiente continuità.

L'Infermiere Tutor per ciascun settore è individuato dal Coordinatore Infermieristico ed evidenziato sul turno mensile.

I Tutor Infermieristici dei vari setting interagiscono con i Tutor Clinici attraverso briefing strutturato e la rilevazione obiettiva del paziente e dei suoi bisogni assistenziali.

Il Tutor Infermieristico è il responsabile della pianificazione dell'assistenza e coordina il personale di supporto. Eroga inoltre, come gli altri colleghi presenti in turno, assistenza diretta ai pazienti. Tra le sue principali funzioni:

- pianifica e personalizza l'assistenza infermieristica;
- monitora, osserva e valuta l'efficacia degli interventi assistenziali e terapeutici;
- informa il paziente e la famiglia sul progetto e sul percorso assistenziale e li tiene

aggiornati sul cambiamento degli stessi;

- interagisce con il Tutor Clinico e con i consulenti specialisti per quanto riguarda la corretta attuazione delle prescrizioni diagnostiche e terapeutiche;
- garantisce la continuità assistenziale interagendo con tutti gli Operatori Sanitari che intervengono nell'assistenza, utilizzando documentazione integrata e protocolli/schede operative;
- gestisce la dimissione dal punto di vista assistenziale, congiuntamente col Tutor Clinico;
- interagisce con i professionisti sanitari e sociali territoriali per garantire un'efficace continuità assistenziale post-dimissione.

4.3 *L' Infermiere Associato*

In ciascun settore , in ogni turno ,è previsto (mattina e pomeriggio) un infermiere che svolge la funzione di Associato. L'infermiere associato per ciascun settore è individuato dal Coordinatore Infermieristico ed evidenziato sul turno mensile .

L'infermiere associato oltre all'esecuzione dei prelievi ematici , alla rilevazione dei parametri ecc.. è responsabile nel definire l'avanzamento del percorso assistenziale , pianificare in collaborazione con l'infermiere tutor gli interventi diagnostico – terapeutici -assistenziali da attuare per raggiungere gli obiettivi di salute definiti e la valutazione dei risultati.

Tra le sue principali funzioni:

- Programmazione dei trasferimenti dei setting
- Gestione e prescrizione diagnostico – terapeutiche
- Esecuzione dei prelievi ematici
- Rilevazione parametri vitali
- Accettazione -ricoveri / dimissioni
- Gestione acot per le dimissioni difficili
- Gestione richieste infezioni ospedaliere
- Richieste interventi manutenzione/metis

4.4 *L'OSS*

In ciascun settore , in ogni turno ,è previsto (mattina e pomeriggio e notte) un Oss che svolge la funzione di Tutor. L'oss tutor per ciascun settore è individuato dal Coordinatore Infermieristico ed evidenziato sul turno mensile.

Tra le sue principali funzioni collabora con l'infermiere Tutor nelle seguenti attività:

- Attività igieniche totali e parziali
- Riordino e rifornimento dei carrelli e smaltimento sacchi biancheria
- Rifacimento barelle utilizzate
- Medicazioni Feriti Difficili o Lesioni da Decubito
- Medicazioni siti inserzione PEG, siti drenaggi a caduta
- Posizionamento MAD
- Medicazioni semplici Lesioni da Pressione
- Annotazione evacuazioni giornaliere cartella infermieristica
- Mobilizzazione letto / poltrona
- Deambulazione e recupero motorio
- Aiuta alla corretta assunzione dei pasti ai paz non autosufficiente
- Sistemazione dei pazienti in collaborazione con l'infermiere associato per la somministrazione del vitto
- Compilazione tabulato vitto del giorno successivo
- Compilazione scheda alimentazione
- Ritiro e riordino vassoi
- Supporto all'infermiere tutor nella mobilizzazione dei pazienti

4.5 ***Oss (associato) squadretta***

In ciascun settore , in ogni turno , è previsto (mattina e pomeriggio) un oss che svolge la funzione di Associato.

L'oss associato per ciascun settore è individuato dl Coordinatore Infermieristico ed evidenziato sul turno mensile

Tra le sue principali funzioni :

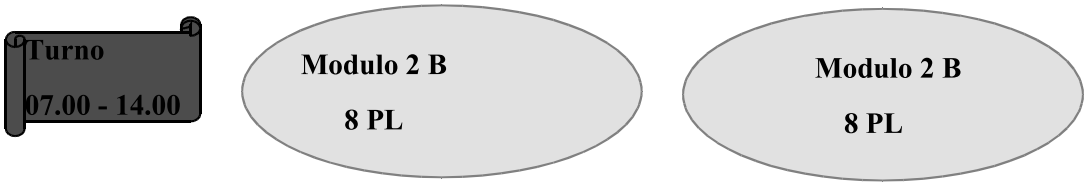
- somministrazione delle colazioni
- esegue trasporti per esami diagnostici ,
- esegue trasporti di materiale biologico sanitario e di campioni per esami diagnostici
- trasferimenti dei pazienti (trasfermenti orizzontali tra la alta / medio -bassa intensità assistenziale e viceversa)

A supporto di quanto descritto sarà premura dei coordinatori di setting elaborare job di riferimento per ogni postazione di lavoro(tutor, associato) e relativi piani di attività.

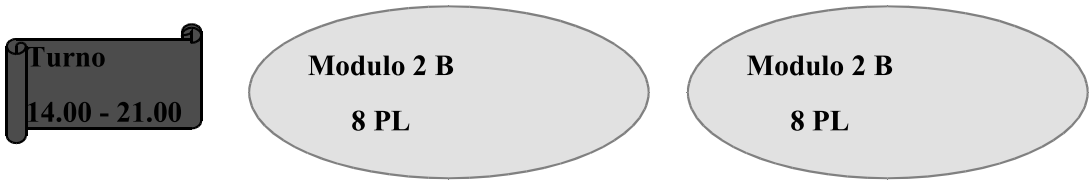
Cap. V ***IL PERSONALE INFERMIERISTICO ASSEGNATO***

Presenza nelle 24 ore degli Infermieri e del personale OSS

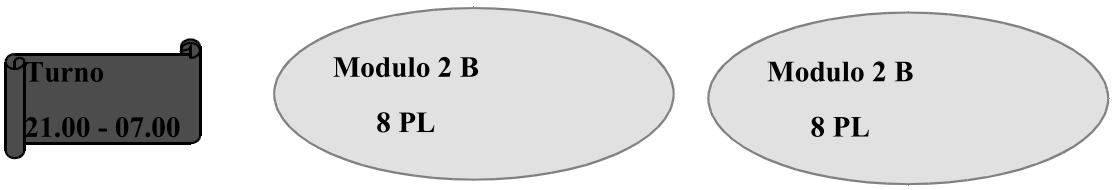
PIANO TERRA - 16 POSTI LETTO - MEDIA INTENSITA'- U.O MEDICINA



N 2 INFERMIERI TUTOR + 1 INFERMIERE ASSOCIATO + 2 OSS



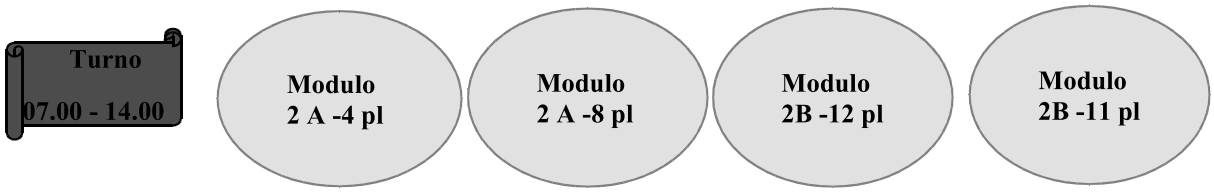
N 2 INFERMIERI TUTOR + 1 INFERMIERE ASSOCIATO + 1 OSS



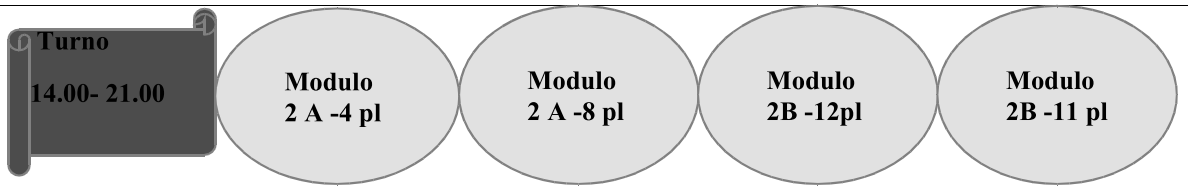
N 2 INFERMIERI TUTOR

PIANO PRIMO - 35 POSTI LETTO- ALTA E MEDIA INTENSITA' INTENSITA'

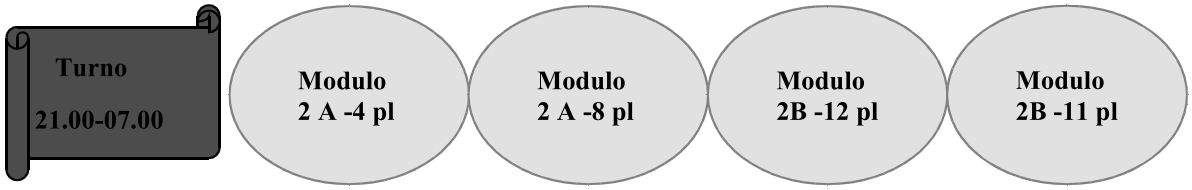
UU. OO. MEDICINA – NEUROLOGIA- PNEUMOLOGIA



N 4 INFERMIERI TUTOR + 2 INF ASSOCIATI + 3 OSS

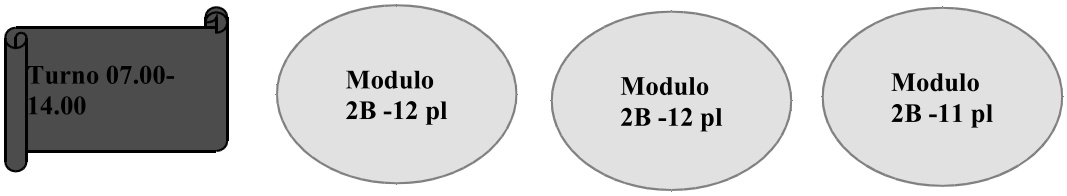


N 4 INFERMIERI TUTOR + N 2 INFERMIERI ASSOCIATI + 3 OSS

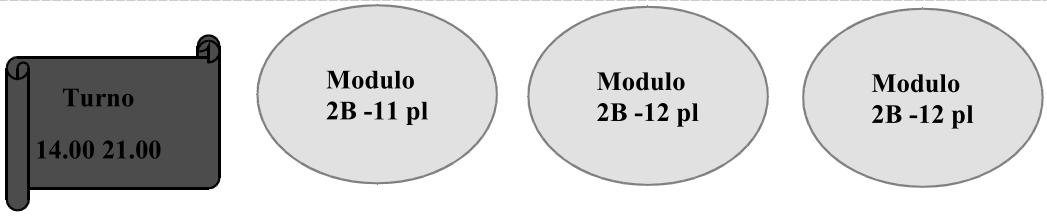


N 4 INFERMIERI + N 1 OSS

PIANO SECONDO 35 POSTI LETTO MEDIA INTENSITA' U.O. MEDICINA



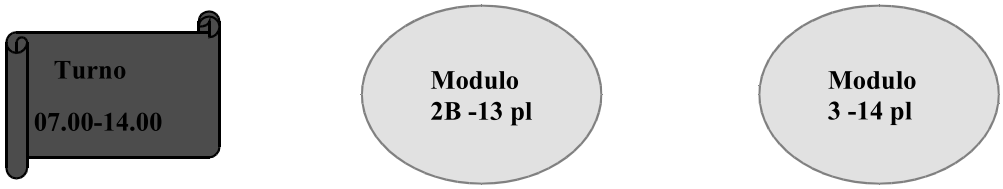
N 3 INFERMIERI TUTOR + 2 ASSOCIATI + 3 OSS



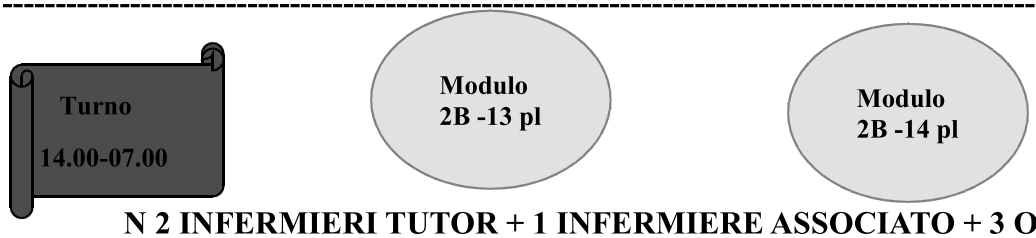
3 INFERMIERI TUTOR + 2 INF ASSOCIATI + N 3 OSS

N 3 INFERMIERI TUTOR + 1 OSS

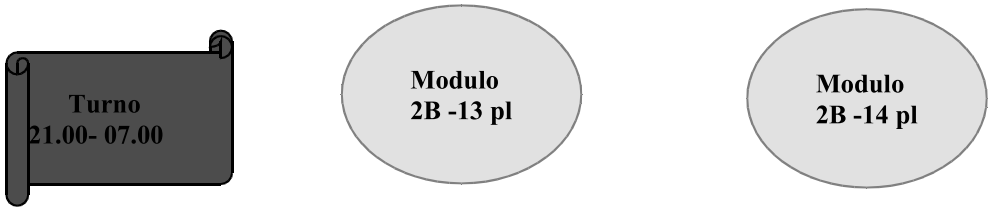
PIANO TERZO 27 POSTI LETTO MEDIA / BASSA INTENSITA' U.O. MEDICINA



N 2 INFERMIERI TUTOR + 1 INFERMIERE ASSOCIATO+ 3OSS



N 2 INFERMIERI TUTOR + 1 INFERMIERE ASSOCIATO + 3 OSS



N 2 INFERMIERI TUTOR + N 1 OSS

CAP.VI *INTEGRAZIONE MEDICO – INFERMIERISTICA*

Nei setting 2 B del Piano Terreno, del Primo, Secondo e Terzo Piano, come pure nel Livello 3, i singoli Medici Tutor hanno la responsabilità dei pazienti appartenenti ad un determinato modulo, assegnato ad un singolo Infermiere Tutor.

Al mattino è previsto l'incontro programmato (Briefing) fra il Medico Tutor e l'Infermiere Tutor di ogni modulo. Il Briefing si realizza nella prima fascia oraria, che va dalle ore 09.00 alle ore 10.00. Il Briefing si tiene nella stanza lavoro Medici.

Nel setting 2 A, in quanto nei due moduli insistono 3 UU.OO., si devono realizzare Briefing in momenti separati, per non creare sovrapposizioni. Per il gruppo dei pazienti monitorati, il briefing si tiene nella stessa stanza di degenza. Per i restanti pazienti del 2 A nella stanza Durante l'incontro viene discusso lo stato clinico del paziente, lo sviluppo del percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale: programmazione/effettuazione esami ematochimici ed accertamenti diagnostici, effettuazione consulenze, prescrizione e variazioni terapie, programma di trasferimento tra setting di diversa complessità, programma di dimissione e attuazione successivo percorso. Viene inoltre condiviso il programma di eventuali nuovi ingressi dal Pronto Soccorso o da altre UU.OO. del PO.

Al Briefing strutturato segue la rilevazione condivisa dell'obiettività clinica del paziente, effettuata dal Medico e dall'Infermiere al letto del paziente, per la verifica diretta dell'evoluzione del quadro, per un aggiornamento delle necessità assistenziali, per un monitoraggio dei risultati.

Alla fine della mattina è infine previsto un breve incontro di verifica

Cap. VIII *I TRASFERIMENTI*

I trasferimenti di un paziente tra i diversi Piani del 2° Padiglione si realizzeranno durante le seguenti fasce orarie: al mattino 10.00 - 11.00 e pomeriggio 15.00 - 16.00, dopo l'esecuzione dell'igiene dei paziente.

Il trasferimento sarà a carico degli OSS (SQUADRETTA), nel dettaglio tutti gli altri trasporti di pazienti (trasferimento in altre UU.OO, invio per Consulenze, per esami diagnostici e strumentali presso Radiologia, Neuroradiologia etc) saranno a carico della Squadra Trasporto Malati .

Solo ed esclusivamente nella situazioni di criticità/emergenza i trasporti saranno a carico dell'operatore OSS del Piano di degenza del paziente.

Al fine di garantire la presenza del personale oss all'interno dei vari settori verranno identificati n. 4 operatori Oss (oltre all'organico previsto) che garantiranno lo svolgimento dei

viaggi per esami diagnostici , trasferimenti sui piani ecc.. Tale personale sarà identificato dal coordinatore infermieristico sul turno e sarà fungibile con tutto il resto del personale assegnato ad ogni settore

In caso di trasferimento tra i Piani del 2° Padiglione, il paziente verrà trasferito con il proprio letto, riportando in reparto il letto disponibile (il numero di inventario del letto non ha significato in quanto appartenente ad un unico Dipartimento di Medicina Interna; si specifica che il Personale che ravvisa un malfunzionamento del presidio è tenuto a segnalarlo immediatamente alla UO Tecnologie Sanitarie tramite richiesta prevista dalla Procedura Aziendale).

Cap. IX *LE RESPONSABILITA' DEI PROFESSIONISTI*

Il Coordinatore Infermieristico di Area:

- Definisce con il Responsabile di Area/Dipartimento gli obiettivi di budget nel rispetto degli indirizzi dettati dalla pianificazione strategica aziendale. Collabora con il Direttore Infermieristico alla determinazione del fabbisogno quali-quantitativo di personale infermieristico e di supporto nei settori afferenti all'area di interesse.
- Alloca il personale nei settori afferenti all'area di interesse, garantendo l'equa distribuzione con il criterio della flessibilità dei carichi di lavoro, in accordo con gli Infermieri Coordinatori delle strutture organizzative semplici afferenti all'area. Garantisce l'efficienza e l'appropriatezza dei consumi delle risorse.

Il Coordinatore Infermieristico di setting:

- Collabora con il Coordinatore di Area alla determinazione del fabbisogno quali-quantitativo di personale infermieristico e di supporto nei settori afferenti all'area di interesse.
- Organizza i turni di servizio del personale assegnato in base alla complessità assistenziale, riferendosi all'Infermiere Coordinatore di area per eventuali criticità organizzative**.**

Gli Infermieri rispondono:

- Dell'assistenza personalizzata ai pazienti che vengono loro assegnati
- Delle informazioni e delle indicazione del piano di cura e di assistenza al paziente
- Della continuità assistenziale
- Di tutte le competenze descritte nella job description, nel presente documento ed in tutti le procedere già esistenti all'interno del settore in cui lavorano
- Dei piani di attività giornalieri, dei piani settimanali, mensili

Il Personale Oss: risponde

- Delle competenze relative alla loro job description e di tutte le indicazioni in essere nel settore.

Cap XII CONCLUSIONI

Questa tesi ha la modesta pretesa di introdurci all'interno del sapere e delle competenze di un Dirigente delle Professioni Infermieristiche ed Ostetriche.

Il ruolo che lo stesso deve interpretare implica una grande responsabilità nei confronti dei colleghi professionisti, nei confronti dell'utenza e anche nei confronti della progressione della carriera stessa, all'interno dell'assetto sociale, per tutta la categoria.
In questi ultimi anni il quadro dirigenziale infermieristico ha ottenuto riconoscimenti importanti, l'attribuzione di una funzione di coordinamento e di supervisione , che anche se risulta più lontano dal fronte operativo, rimane espressione di una solida competenza professionale; la conduzione di Team Multi-professionali, con attese su risultati più complessi, come ad esempio la Direzione del Servizio delle Professioni Infermieristiche, Ostetriche, Tecniche, della Riabilitazione e della Prevenzione; la partecipazione a pieno titolo alla Direzione Strategica nelle Aziende sanitarie, che ne fa un professionista in crescita, con l'esigenza di una legittimazione sociale al pari del Medico nella cura o dell'Ingegnere nella Tecnologia e allora qual' è la sfida oggi di chi si impegna ad interpretare questo ruolo?

Sicuramente la definizione del proprio piano personale nei confronti del mandato che gli viene consegnato, e quindi un impegno serio a definire processi e percorsi al passo con i tempi, nel pieno rispetto del volere del cittadino, che mantiene il suo assenso centralizzato.

Lo sviluppo di risposte assistenziali, tecniche, gestionali che siano sganciate dagli artigli della burocrazia del sistema sanitario, puntando su sistemi che consentano un grado di ascolto maggiore da parte dei professionisti, liberi di accogliere le istanze di chi in un momento della propria vita si confronta con la malattia, prendersi carico della persona consentendo risposte certe, anche se le stesse talvolta si presentano spiacevoli.

Mettere al centro del percorso di cura la persona in tutta la sua complessità che è l'obbiettivo principale del sistema sanitario, per un dirigente infermieristico si traduce in definire l'organigramma (chi ed in quale struttura), descrivere le job descriptions (compito ed attività degli organi e delle persone), istruire le procedure o le flow chart (come fare le cose ed in che tempi) per ottenere l'economicità delle risorse usate unire cioè l'efficacia all'efficienza.

Consolidare i rapporti tra ospedale e territorio, in modo di guidare il percorso durante la degenza ospedaliera e al suo rientro a domicilio.

Dopo tanti anni investiti in maniera aziendalistica è arrivato il momento di aprirsi all'esterno, di ripensare a nuovi modelli d'interazione con la cittadinanza, di prendere in considerazione i suoi bisogni, le sue preferenze, le sue richieste di crescente differenziazione e

personalizzazione dei prodotti e dei servizi. Proporre nuovi modi di ascolto e di sostegno, ad esempio attraverso l'uso di internet, soprattutto nei confronti della fascia giovanile che cresce con una sensibilità più avanzata all'uso della tecnologia, potrebbe rappresentare il modo di prevenire, di rendere edotti sulle necessità di evitare ad assumere alcolici e droghe, o nel renderli consapevoli dei pericoli di certi atTeggiamenti scorretti.

L'infermieristica è una disciplina che da anni forma in tal senso e i Dirigenti avranno l'arduo compito di mantenerci tra i principali attori di un sistema sempre più in evoluzione.

BIBLIOGRAFIA

- La dirigenza infermieristica Libro di C. Calamandrei e Carlo Orlandi pub. 2008
- Manuale di management per le professioni sanitarie C. Calamandrei - 4/ed Mondadori pu. Marzo 2015
- Aspetti giuridici della professione infermieristica. 6° Ed.Milano: Benci, L. (2011)
- La responsabilità dell'infermiere e le sue competenze, una guida per l'agire responsabile. Maggioli Editore Mc Graw-HilBugnoli, S. Castagnoli, M. Marseglia, M. Pelagalli, V. Querzoli, A.Senes, G. Zanatta, M. (2010).
- La responsabilità dell'infermiere e le sue competenze, una guida per l'agire responsabile. Maggioli Editore
- Nanda -Traduzione Carlo Calamandrei (2006) Diagnosi Infermieristiche, definizioni e classificazione. Milano: Casa Editrice Ambrosiana
- Norma Europea UNI EN ISO 9000:2005 (2005) Sistemi di Gestione per la Qualità, fondamenti e vocabolario.Ente Nazionale Italiano di Unificazione, Milano
- Federazione Nazionale Collegi Infermieri "Nuovo Codice Deontologico dell'infermiere""
- DM 739/94: "Profilo professionale dell'infermiere"
- Legge 42/99: "Disposizioni" in materia di professioni sanitarie"
- Michele Musso: "Infermiere paziente un rapporto da curare"
- Cinzia Garofalo: "La relazione infermiere-paziente: dal modello disease centred al modello patient centred"
- Luciano Bresciani: "La centralità del paziente nell'organizzazione sanitaria" Rossella Aiardi: "Il processo di nursing
- Il sistema regionale toscano: rischio clinico. Atti e normativa della regione toscana